

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Karina Al-Halabiová**

**Respektování důstojnosti osob s mentálním  
postižením ve zdravotnických zařízeních z pohledu  
doprovázejících osob**

*Respecting dignity of people with learning difficulties  
in healthcare facilities as seen by the accompanying  
persons*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2019

Autor práce: Karina Al-Halabiová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 20.6.2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2019

Karina Al-Halabiová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé práce, Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D., která mi věnovala mnoho cenných rad, které jsem pro realizaci práce využila. Dále děkuji ředitelce Domova pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Bc. Lence Kohoutové, za umožnění realizace výzkumu a také děkuji všem participantům výzkumu, kteří si na mě i přes svou pracovní vytíženost našli čas a poskytli mi rozhovor.

## **Seznam zkratek:**

**AAK** – alternativní a augmentativní komunikace

**CNS** – centrální nervová soustava

**ČR** – Česká republika

**DOZP** – Domov pro osoby se zdravotním postižením

**IQ** – inteligenční kvocient

**KBT** – kognitivně-behaviorální terapie

**MKN-10** – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

**MPSV** – Ministerstvo práce a sociálních věcí

**OSN** – Organizace spojených národů

**VOKS** – výměnný obrázkový komunikační systém

# Obsah

<b>OBSAH</b>	<b>1</b>
<b>ÚVOD</b>	<b>2</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>3</b>
<b>1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ</b>	<b>3</b>
1.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	3
1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ DLE MKN-10	5
<i>Lehká mentální retardace (F 70)</i>	5
<i>Střední mentální retardace (F 71)</i>	5
<i>Těžká mentální retardace (F 72)</i>	6
<i>Hluboká mentální retardace (F 73)</i>	6
<i>Jiná mentální retardace (F 78)</i>	6
<i>Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)</i>	7
1.3 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	7
1.4 HISTORIE PŘÍSTUPU K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	8
1.5 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	10
<b>2 KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b>	<b>14</b>
2.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S ČLOVĚKEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	14
2.2 CHYBY V KOMUNIKACI S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	16
2.3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE (AAK)	16
<b>3 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČR</b>	<b>19</b>
3.1 TERAPIE A PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
3.1.1 <i>Psychoterapie</i>	19
3.2 NEMOCNIČNÍ PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
3.3 SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	23
3.3.1 <i>Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická</i>	24
<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>27</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU A JEHO METODOLOGICKÝ RÁMEC	27
4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK	28
4.3 METODY TVORBY, ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	31
4.4 ETIKA VÝZKUMU	32
4.5 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE	33
<b>5 DISKUZE</b>	<b>46</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>53</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>55</b>
<b>7 SEZNAM TABULEK</b>	<b>59</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>59</b>
<b>9 PŘÍLOHY</b>	<b>60</b>
PŘÍLOHA Č. 1: KOMUNIKAČNÍ PAS	60
PŘÍLOHA Č. 2: PŘEHLED TRSŮ	63
PŘÍLOHA Č. 3: SEZNAM OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	64
PŘÍLOHA Č. 4: ROZHOVOR S PARTICIPANTEM PS3	65

## Úvod

Téma „Respektování důstojnosti osob s mentálním postižením ve zdravotnických zařízeních z pohledu doprovázejících osob“ jsem si zvolila na základě svého zaměstnání. Pracuji v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP) na pozici pracovníka přímé péče od července 2017. Cílem mé bakalářské práce je charakterizovat mentální postižení a zjistit úroveň přístupu a komunikace zdravotnického personálu, zejména zdravotních sester a lékařů, s osobami s mentálním postižením.

V teoretické části vysvětlím pojem mentální postižení, jeho etiologii, klasifikaci a diagnostiku. Také představím historii přístupu k osobám s mentálním postižením a jejich práva. Dále se zabývám zásadami komunikace s těmito pacienty a jejich alternativními formami, které se v tomto kontextu často využívají. Také jsem se v jedné kapitole zaměřila na sociální a zdravotní péči o osoby s mentálním postižením, kde se zabývám terapií a péčí, psychoterapií, sociální péčí, nemocniční péčí a celkově standardy péče v nemocnicích, kde je stále nedostatečná informovanost o přístupu k osobám s mentálním postižením.

V úvodu praktické části rozebírám cíl výzkumu, metodologii, metody zpracování a analýzy dat. Také představím Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, kde jsem zaměstnána a kde jsem zpracovávala praktickou část této práce. Po získání souhlasu ředitelky DOZP Sulická s provedením výzkumu jsem zpracovala celkem deset rozhovorů, z nichž pět jsem zpracovala přímo v DOZP Sulická, čtyři rozhovory jsem zpracovala v detašovaném pracovišti Murgašova a jeden rozhovor v chráněném bydlení Lahovice. Tato zařízení patří k DOZP Sulická a bydlí v nich klienti s lehčím stupněm postižení než v DOZP Sulická, a tak jsem mohla porovnat přístup k osobám s mentálním postižením dle stupně jejich postižení. Rozhovory jsem prováděla s tzv. doprovázejícími osobami, čímž mám na mysli pečovatele zaměstnané v DOZP Sulická a v jeho přidružených pracovištích, kteří doprovázejí své klienty dle potřeby k lékaři.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Mentální postižení

Na úvod této práce bych ráda nejprve vysvětlila pojem „mentální postižení“. Někteří autoři (např. Černá, Novotná) považují tento pojem jako synonymum „mentální retardace“, která je definována MKN-10 jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (MKN-10, F70-F79). Někteří autoři (např. Valenta, Müller) vnímají mentální postižení jako širší pojem než označení mentální retardace a berou jej jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě. Mentální postižení v tomto případě v sobě zahrnuje jedince s IQ nižším než 85, zatímco mentální retardace zahrnuje jedince s IQ nižším než 70. Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl) a „retardare“ (opozdit), doslovný překlad by tedy byl „opoždění mysli“ (Plevová a Slowik, 2010). Pro účely této práce budu používat spíše pojem „mentální postižení“. Také budu používat slovní spojení „osoba s mentálním postižením“, nikoliv „mentálně postižený člověk“. Postižení daného člověka nedefinuje, je pouze jednou z mnoha součástí jeho osobnosti (např. Krhutová, 2011).

### 1.1 Etiologie mentálního postižení

Pro zpracování této kapitoly jsem použila kapitolu Etiologie mentálního postižení z knihy Milana Valenty z roku 2018 s názvem Mentální postižení, jejíž obsah považuji z hlediska přehlednosti a aktuálnosti za nejvhodnější literární zdroj pro zpracování této kapitoly.

Příčiny mentálního postižení bývají různě kategorizovány. Faktory můžeme rozdělit na endogenní a exogenní, vrozené a získané či na prenatální,



perinatální a postnatální, avšak tyto faktory se mohou různě vzájemně překrývat. Rozdělím je tedy dle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální, v nichž se objevují i další výše zmíněné faktory.

Prenatální období neboli období před porodem se dá považovat jako období významného působení dědičných faktorů. Do těchto faktorů řadíme zejména geneticky podmíněné poruchy, především metabolické poruchy, jako je například fenylketonurie, a specifické genetické poruchy – ty mají v etiologii mentálního postižení významné postavení, jsou to zejména syndromy způsobené změnou v počtu chromozomů či genovou mutací, také sem patří infekce matky. Nejčastější vrozený syndrom je tzv. Downův syndrom neboli trizomie 21. chromozomu, také sem řadíme Angelmanův syndrom, syndrom kočičího křiku, Edwardsův syndrom, Klinefelterův syndrom, Patauův syndrom a spousty dalších. V prenatálním období působí exogenní faktory, např. rentgenové záření, nevhodné léky, drogy, alkohol či již zmíněná infekce matky. Mezi infekční choroby matky, které mohou zapříčinit vznik mentálního postižení u dítěte, řadíme chřipku, neštovice, syfilis, toxoplazmózu a jiné (Valenta, 2018).

Možné vnější rizikové faktory v prenatálním období, které by mohly vést ke vzniku mentálního postižení, byly vyjádřeny v preventivním desateru americké asociace „The Arc of the United States“, která budoucím matkám doporučuje jíst správnou vyváženou stravu, vyhnout se alkoholickým nápojům, chránit se vakcinací, skončit s kouřením, navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním, navštívit genetickou poradnu, vyvarovat se požívání léků bez předchozí konzultace s lékařem, vyvarovat se působení rentgenového záření či jakýmkoli infekčním nemocem a pravidelně navštěvovat svého lékaře. Dále zde působí i endogenní faktory, kam řadíme mutagenní vlivy, jako je dlouhodobé hladovění, záření či chemické vlivy, které způsobují mutaci genů či změny v počtu chromozomů (Valenta, 2018; The Arc, 2018).

V perinatálním období neboli v období během porodu a krátce po porodu může poškodit vývoj centrální nervové soustavy dítěte nezvyklá zátěž. Tato zátěž může být například nedostatek kyslíku, mechanické poškození mozku, nedonošenost a nízká porodní váha či nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka.

Postnatální období neboli období po porodu a v průběhu života lze považovat za období možného vlivu více různých negativních faktorů. Do těchto faktorů řadíme náhlé vnější události, např. traumata CNS, dále specifické infekce, encefalitidy, krvácení do mozku či nádorová onemocnění způsobující mozkové léze. Také mohou mít vliv sociální faktory, zejména deprivace, tedy dlouhodobé neuspokojení některých základních lidských potřeb (Valenta, 2018).

## **1.2 Klasifikace mentálního postižení dle MKN-10**

Stupeň mentálního postižení se obvykle měří standardizovanými testy inteligence, někdy se ale nahrazují škálami, které dokáží určit stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí, jelikož se dá průběžně zlepšovat. Uvedená pásma mentálního postižení nemohou být definována s úplnou přesností. Rozhodující pro určení pásma mentálního postižení je kvalita zvládání životních nároků dané osoby v jeho přirozeném prostředí. Číselné hodnoty IQ jsou uvedené jen jako orientační vodítka (Plevová a Slowik, 2010).

IQ neboli inteligenční kvocient je možné definovat jako poměr mentálního a fyzického věku ( $IQ = \text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100$ ) (Slowík, 2007).

Stupně mentálního postižení rozdělujeme na:

### **Lehká mentální retardace (F 70)**

Výše IQ je v rozmezí 50–69. Je nejčastější, tvoří asi 80% podíl osob s mentálním postižením. Často se diagnostikuje až ve školním věku. Osoby s tímto typem retardace mají obtíže při školní výuce, často se vyučí v prakticky zaměřených oborech či se zaučí do jednoduchých zaměstnání. Při dostatečné sociální opoře v dospělosti dosahují téměř úplné samostatnosti (Plevová a Slowik, 2010).

### **Střední mentální retardace (F 71)**

Výše IQ je v rozmezí 35–49. Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou v dětství značně vývojově opožděny, většinou je zachyceno již v kojeneckém období, nejpozději v batolecím. V průběhu dětství si osoby s tímto typem

retardace osvojí minimální slovní zásobu pro základní dorozumění. Část dětí se střední mentální retardací zvládá školní výuku v pomocné škole a zvládne se naučit základy čtení, psaní a počítání. Při kvalitní výchově zvládne být většina dětí samostatná v sebeobsluze, v dospělosti se mohou uplatnit v chráněných dílnách či jiném podporovaném zaměstnání (Plevová a Slowik, 2010).

### **Těžká mentální retardace (F 72)**

Výše IQ je v rozmezí 20–34. Projevuje se potřebou neustálé podpory a pomoci. Retardace je u dětí zřetelná již v útlém věku. Ve většině případů je postižení kombinované, je k němu přidruženo i postižení sluchu, zraku či postižení pohybové. Mnoho osob s těžkou mentální retardací se nenaučí nikdy mluvit či se naučí jen pár jednoduchých slov. Na děti s těžkou mentální retardací se vztahuje povinnost školní docházky, bývají zařazovány do tzv. rehabilitačních tříd pomocných škol. Takto kvalitně vedené děti bývají klidnější, mají méně problémů v chování a v dospělém věku bývají zařazeny do dílčích pracovních činností (Plevová a Slowik, 2010). Tato skupina je nejčastější mezi klienty v DOZP Sulická, a to právě díky výše zmíněné potřebě neustálé pomoci.

### **Hluboká mentální retardace (F 73)**

Výše IQ je nižší než 20. Osoby s tímto typem retardace jsou vážně omezeny v sebeobsluze, komunikaci a mobilitě. Většinou si neosvojí ani základy mluvené řeči. Jejich komunikace bývá nejčastěji globální, tedy spokojenost vyjadřují úsměvem, a naopak nespokojenost vyjadřují pláčem. Děti s hlubokou mentální retardací jsou také zařazovány do rehabilitačních tříd pomocných škol s cílem dosažení co nejvyššího stupně samostatnosti v dospělosti (Plevová a Slowik, 2010).

### **Jiná mentální retardace (F 78)**

Diagnóza se používá tehdy, kdy je patrné snížení intelektové schopnosti a je zjevná retardace, ale zjištění inteligence či stupně postižení není možné pro přidružená senzorická či somatická poškození, např. u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem apod. (Plevová a Slowik, 2010).

## **Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)**

Tento typ retardace se používá, pokud je mentální retardace prokázána, ale chybí dostatek informací pro zařazení osoby do jedné z předchozích kategorií (Slowík, 2007).

### **1.3 Diagnostika mentálního postižení**

Diagnostika mentálního postižení je dlouhodobý proces, během kterého absolvuje jedinec velké množství různých vyšetření. Ke stanovení diagnózy mentálního postižení využíváme psychologické vyšetření kognitivních funkcí (intelektové, paměťové, exekutivní, vývojové a jiné škály), posuzujeme adaptivní chování jedince a hodnotíme míru zvládnutí běžných sociokulturních nároků. Měl by být proveden i podrobnější neuropsychologický rozbor a samozřejmostí je podrobná anamnéza zaměřená na sociální prostředí, vztahy a dosavadní vývojové tempo (Valenta, 2018).

Významnou část psychologického vyšetření tvoří standardizované testy inteligence (IQ testy). Inteligenční kvocient je vypočítáván poměrem mezi věkem mentálním (pomocí testových úloh) a věkem kalendářním a tento výsledek je vynásoben stem. Stanovení inteligenčního kvocientu informuje o celkové rozumové úrovni daného jedince (Švarcová, 2011).

Výsledná výše IQ je relevantní inteligenci pouze v případě, že dítě je motivované a soustředěné na práci a výsledek nevykazuje významné nerovnoměrnosti. Pokud se významné rozdíly vyskytují, je třeba zjistit příčinu selhání a porovnat výsledky s anamnézou a ostatními výsledky (Valenta, 2018). Také je velmi důležité zjistit mateřský jazyk osoby, kterou diagnostikujeme a v daném jazyce test provádět. Například v Americe v roce 1970 proběhl soudní případ, kdy španělsky mluvící studentce Dianě diagnostikovali mentální retardaci na základě IQ testu v anglickém jazyce (Taylor, 2005).

Je prokázáno, že v průběhu času se mohou snížené hodnoty IQ a sociální přizpůsobivost pomocí pravidelného cvičení a důslednou rehabilitací zlepšovat. Je nutné, aby tedy stanovená diagnóza odpovídala současnému stavu duševních funkcí (Plevová a Slowik, 2010).

*„Dosud nejpoužívanější metodou pro hodnocení adaptability dětí i dospělých s mentálním postižením je Vinelandská škála sociální zralosti zaměřená na mapování celkové soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, při oblékání, na samostatnost, zaměstnání, komunikaci, motoriku, sociální začlenění (při hře)“* (Valenta, 2018, str. 47). Jinou používanou škálou je Günsburgova škála, která sleduje a hodnotí samostatnost, socializaci, komunikaci a zaměstnání (Valenta, 2018).

Vyšetření a diagnostikování dětí s mentálním postižením by měli provádět jen zkušení a kvalifikovaní pracovníci na specializovaných pracovištích, jelikož je nezbytně nutné, aby diagnostika byla velmi komplexní a přesná. Diagnóza mentální retardace je velice závažná a výrazně ovlivňuje další život dítěte a celé jeho rodiny (Švarcová, 2011). Na diagnostice se podílí psycholog a speciální pedagog. Psycholog provádí diferenciální diagnostiku, kdy rozeznává mentální retardaci od mentální retardace zapříčiněné deprivací či jiným postižením. Psycholog by měl mapovat vývojový deficit a speciální pedagog by měl objevovat a zkoumat pozitivní stránky osobnosti klienta a ty dále stimulovat (Valenta, 2018).

#### **1.4 Historie přístupu k osobám se zdravotním postižením**

Lidé s jakýmkoliv zdravotním postižením, tedy včetně mentálního, byli součástí lidské společnosti od nejstarších dob a často zaujímali místo na okraji společnosti (Kelarová a kol., 2016). Nejstarší zmínka o mentálním postižení byla nalezena v Thébském papyru z roku 1552 před Kristem (Vágnerová, 2012).

Dle Sováka (1980) se člení historická stádia na represí, zotročování, charitativní přístup, renesanční a humanistický přístup, rehabilitaci, prevenci a integraci.

Ve stádiu represe, které bylo například v období starověku, byli lidé se zdravotním postižením často likvidováni, například děti, které nezvládaly tvrdou vojenskou výchovu ve Spartě. Římané děti topili či odkládali na různá místa. Od 5. století vznikaly špitály při klášterech, kde osoby s mentálním postižením mohly bydlet (Kelarová a kol., 2016). Likvidace dětí se zdravotním

postižením probíhala mimochodem také mezi lety 1939-1945, kdy bylo zavražděno 200-250 tisíc osob se zdravotním postižením. V nacistickém Německu vznikla Akce T4, což byl tajný program s cílem vyvraždit osoby s postižením (Ryan, 2002).

Ve stádiu zotročování byli jedinci se zdravotním postižením zotročováni a zneužíváni k tvrdé fyzické práci.

Ke stádiu charitativního přístupu docházelo s rozvojem křesťanství v Evropě, bylo podmíněno křesťanským milosrdenstvím a základní normou pro vzájemný vztah mezi lidmi „Miluj bližního svého jako sebe sama“. Toto stádium je typické pro období středověku a péče byla poskytována zejména prostřednictvím řeholních řádů. Toto období lze nazvat počátkem péče o jedince s postižením. Avšak i pro toto období stále přetrvávalo využívání osob s postižením jako zdroje zábavy.

Renesanční a humanistický přístup byl typický komplexním pojetím péče, které vycházelo z vědeckých poznatků orientovaných na člověka. Významnou osobností tohoto období je Jan Amos Komenský, pedagog a filozof, který prosazoval rozvoj schopností všech dětí vhodně vedenou výchovou a odmítal vykonávání fyzických trestů.

V 17. století vznikaly špitály a internační budovy, či osoby s mentálním postižením umísťovali do věznic spolu s vězni nebo do nemocnic s nemocnými.

Stadium přístupu zaměřeného na rehabilitace v období přelomu 19. a 20. století se zaměřuje na proces výchovně-vzdělávací u osob s postižením a začala vznikat specializovaná ústavní zařízení. Významnou osobností u nás byl Karel Slavoj Amerling (1807-1884), který se zabýval mentálním postižením a založil první ústav v České republice s názvem Ernestinum, kde byly vychovávány a vyučovány osoby s mentálním postižením. Další významnou osobností byl lékař Karel Hefort, který rozebral pojem slabomyslnost, také její typy, stupně a příčiny. Začátkem 20. století se rozvíjely pomocné školy (Kelnarová a kol., 2016).

Stadium prevence ve druhé polovině 20. století bylo zaměřené na prevenci vzniku postižení, kam patřila také prevence již v prenatálním stavu.

Poslední je stádium integrace, které je úzce spojeno se stádiem prevence. Jeho cílem je začlenění osob s postižením do společnosti, což bylo ze začátku nepochopeno ze strany společnosti (Kelarová a kol., 2016).

V současné době se prosazuje přístup inkluzivní, který zahrnuje přirozené začleňování osob s postižením do společnosti a společnou výchovu a vzdělání s ostatními jedinci, pro všechny bez rozdílu (Kelarová a kol., 2016). Rozdíl mezi integrací a inkluzí je takový, že integrace se zaměřuje pouze na potřeby osob se speciálními potřebami, zato inkluze se zaměřuje na potřeby všech. Chce, aby zavedená speciální opatření vyhovovala jak osobám s mentálním postižením, tak osobám bez postižení. Tento přístup je pro osoby s mentálním postižením velmi přínosný, naučí se od spolužáků mnoha způsobům sociálního chování, mohou podpořit svou nezávislost a zvýšit si sebevědomí. Má to i nějaká negativa, hlavním je asi pro osobu s mentálním postižením uvědomění si svého handicapu ve společnosti „zdravých“ dětí, to může vést k frustraci jedince. Je ale stejně přínosný i pro ostatní členy společnosti, jelikož se mohou naučit empatii, větší toleranci a pomoci slabším (Marešová, 2017).

## **1.5 Práva osob s mentálním postižením**

Lidská práva jsou jedním ze základních pilířů všech moderních demokratických společností. Lidská práva jsou osobám s mentálním postižením garantována Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále „Úmluva“), která se stala součástí právního řádu ČR po své ratifikaci v roce 2009. Úmluva sice nevytváří žádná nová práva, ale upravuje existující práva, aby se dala aplikovat na specifickou situaci osob se zdravotním postižením. Například se jedná o právo na rovnost před zákonem, právo na život, právo na přístupnost prostředí a informací, dále právo na svobodu a osobní bezpečnost, vzdělávání, svobodu pohybu, respektování soukromí, zdraví, zaměstnávání a podobně. Úmluva se řídí principy respektování lidské důstojnosti a nezávislosti, nediskriminace, plného zapojení do společnosti, respektování odlišností a rovnost příležitostí, také se řídí rovnoprávností mužů a žen, přístupností a respektováním rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

Základní práva a svobody jsou garantovány všem občanům České republiky a člověk s mentálním postižením má stejná práva jako běžný občan bez postižení (Sobek a kol., 2010). Mezi základní lidská práva patří například právo volně se pohybovat, právo vlastnit majetek, právo na práci a odměnu za vykonanou práci, nebo právo na osobní život a soukromí. Také má každý člověk právo se svobodně rozhodovat ve všech každodenních záležitostech týkajících se jeho osoby, včetně udělování souhlasu s léčbou, či právo léčbu odmítnout (Sobek, 2007).

Kromě těchto základních práv má osoba s mentálním postižením také řadu dalších práv, jako například právo na poskytnutí zdravotní péče, právo na služby poskytované úřadem práce, právo na sociální službu a jiné. Osoby s mentálním postižením jsou velmi riziková skupina z hlediska porušování práv, jelikož nedokáží vždy vyhodnotit danou situaci správně a nedokáží se příliš bránit, jsou zvyklé se ostatním podřizovat (Sobek a kol., 2010).

Zaměřím se na právo na důstojné zacházení. Článek 10 Listiny základních práv a svobod zní: *„Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“* (2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod). Při důstojném zacházení je velmi důležité zacházení přiměřeně k věku jedince. Dospělí jedinci s mentálním postižením jsou často stavěni do role dítěte, lidé při komunikaci s těmito dospělými jedinci používají zdrobněliny či různé přezdívky. Možnost samostatného rozhodnutí oslovení či volba vzájemného vykání nebo tykání je projevem respektu. Přiměřeně k věku bychom také měli volit zařízení pokoje osob s mentálním postižením. Dětské hračky či obrázky nejsou přiměřené dospělému věku. Také o záležitostech v oblasti osobní hygieny a oblékání by měl mít uživatel možnost sám rozhodovat, jako například kdy se bude koupat, kdo mu bude případně pomáhat s hygienou a také mít dostatek soukromí při hygieně (Sobek a kol., 2010).

Řada osob s mentálním postižením, zejména s těžšími formami mentálního postižení jsou omezeny ve svéprávnosti. To však neznamená, že jsou zbaveni svých lidských práv. *„K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň*



*neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.*“ (89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník, § 55 Omezení svéprávnosti). Mezi právní úkony, které po omezení svéprávnosti osoby s mentálním postižením nemohou provádět patří například uzavírání smluv, uzavírání manželství, nákup a prodej majetku či jiné nakládání s finančními prostředky. Tyto zákazy mohou ovlivnit lidská práva, například osobní svobodu. Cílem těchto omezení v oblasti právních úkonů je ochrana dané osoby a jejích práv před zneužitím (Sobek a kol., 2010).

Za osobu s omezenou svéprávností jedná soudem stanovený opatrovník. Opatrovníkem může být příbuzný osoby s mentálním postižením či jiná vhodná osoba, případně může soud stanovit opatrovníkem obec, ve které má daná osoba trvalý pobyt. Úkolem opatrovníka je provádět právní úkony za osobu omezenou či zbavenou svéprávnosti. Opatrovník by měl vycházet ze zájmů svého opatrovance, znát jeho potřeby a respektovat jeho názory. Kompetence opatrovníků se týká pouze právních úkonů, jejich funkce neznamena převzetí odpovědnosti za život nebo jednání zastoupené osoby. Obtíže s dorozumíváním osoby s mentálním postižením není samo o sobě důvodem k omezení svéprávnosti (Sobek a kol., 2010; Zákon č. 89/2012 Sb.). Zdravotnický pracovník je povinen zjišťovat názor pacienta s omezenou svéprávností, nemožnost zjištění názoru či přání pacienta nelze odůvodnit tím, že jde o pacienta s mentálním postižením. Takovým argumentem by došlo k popření principu vyjádřeného v paragrafu 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb., §35).

V tomto zákonu jsou také vyjádřena práva pacientů, kde je uvedeno v paragrafu 28, že poskytnutí zdravotních služeb lze pouze po svobodném a informovaném souhlasu pacienta. Tento zákon také ujasňuje, že pacient má právo na poskytnutí zdravotní péče na odborné úrovni, má právo na důstojné zacházení a účtu při poskytování péče. Pokud má pacient omezenou svéprávnost, má právo na neustálou přítomnost jeho opatrovníka (zákon č. 372/2011 Sb., §28). Pacient musí s poskytnutím zdravotních služeb souhlasit bez nátlaku a informovaně (zákon č. 372/2011 Sb., §34).

V paragrafu 30 téhož zákona je vyjádřeno, že pokud má pacient komunikační problémy, má právo na dorozumívání se pro něj srozumitelným způsobem a na používání dorozumívacích prostředků, které mu vyhovují. Také

mají pacienti se zdravotním postižením, kteří využívají psa se speciálním výcvikem, právo na přítomnost psa u sebe (zákon č. 372/2011 Sb. §30). Pokud poskytovatel zdravotních služeb pacientovi tato práva neumožní, dopustí se přestupku (zákon č. 372/2011 Sb., §117).

Existují také různé organizace, které hájí zájmy lidí se zdravotním postižením, například Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, což je největší organizace tohoto typu, která spolupracuje s orgány státní správy a mezinárodními organizacemi a je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené. Také zmíním Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením ČR, která vznikla v roce 1969 jako dobrovolná organizace rodičů, příbuzných a přátel osob s mentálním postižením a odborníků pracujících s těmito lidmi a jejich rodinami. V 90. letech byl přijat Zákon o sdružování občanů č. 83/1990 Sb., což umožnilo budovat a provozovat vlastní školy a zařízení pro osoby s mentálním postižením (Švarcová, 2011).

## **2 Komunikace s člověkem s mentálním postižením**

V této kapitole rozeberu hlavně zásady komunikace s člověkem s mentálním postižením, které by měl znát každý. Ne všichni jsme schopni se dorozumívat stejným způsobem, a tak můžou vznikat nedorozumění. Problém nemusí nastat pouze u osoby s mentálním postižením a jeho případného komunikačního problému, ale také u nás a naší neznalosti jeho způsobu dorozumívání – například znakového jazyka (Slowík, 2010).

### **2.1 Zásady komunikace s člověkem s mentálním postižením**

Způsob komunikace s člověkem s mentálním postižením záleží na závažnosti jeho postižení, člověk s mentálním postižením nemusí mít problém v oblasti komunikace, avšak můžeme se setkat s narušenou komunikací, především v oblasti rozlišování podobných hlásek, artikulace a vyjadřování. Je tedy zásadní výběr vhodného tématu, které je přiměřené komunikačním dovednostem dané osoby. Také je důležitá volba přiměřených komunikačních prostředků, musíme se přizpůsobit slovní zásobě, kterou daný člověk zná. Také sdělujeme informace jednoduše a pochopitelně. Dále při hovoru nepoužíváme ironii nebo složité symboly, kterým by člověk s mentálním postižením nemusel rozumět. Můžeme používat alternativní způsoby komunikace, jako jsou piktogramy či obrázky, těm se budu více věnovat v další části práce. Neméně důležité je pozorné naslouchání, abychom u osoby s mentálním postižením nezapřičinili frustraci z nedorozumění. Je vhodné si ověřovat porozumění jednoduchými kontrolními otázkami.

U osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením je verbální komunikace téměř vyloučena, u osob s těmito typy postižení můžeme využít metodu bazálního dialogu, která využívá netradiční mimoverbální komunikační projevy, jako jsou pohyby očí, intenzitu a frekvenci dechu, neartikulované zvuky, napětí tělesného svalstva a podobně. Tato metoda je ovšem velmi náročná (Slowík, 2010).

Profesor Milan Valenta a odborníci z občanského sdružení SPOLU Olomouc vytvořili praktické rady, jak vhodně komunikovat a přistupovat k lidem s mentálním postižením:

- Chovejte se k lidem s mentálním postižením adekvátně jejich věku.
- Pamatujte si, že ne všechny osoby s mentálním postižením mají problémy v komunikaci, a ne všichni lidé s komunikačními problémy mají zároveň mentální postižení.
- Věnujte čas tomu, abyste vytvořili bezpečnou atmosféru a vybudovali důvěru.
- Je třeba aktivně naslouchat, nepřerušujte partnera v rozhovoru, udržujte oční kontakt a dejte najevo, že máte zájem a ochotu komunikovat.
- Pokud partnerovi špatně rozumíte, je jeho sdělení příliš rychlé či dlouhé, tak jej přerušujte citlivě.
- Mluvte tváří v tvář, zřetelně, pomalu a konkrétně. Nepoužívejte složitá, abstraktní a cizí slova či příliš rozvitá souvětí.
- Neposkytujte příliš mnoho informací najednou.
- Nejprve využívejte otevřených otázek. V případě nepochopení ze strany partnera mu nabídněte výběr z několika možností.
- Dejte partnerovi vždy dostatek času na odpověď, nebojte se ticha.
- Ověřujte si v průběhu rozhovoru, zda vám partner správně rozumí.
- Pokud druhému nerozumíte, zeptejte se znovu. Pokud stále nerozumíte, požádejte ho o vysvětlení jiným způsobem.
- Když pozornost partnera klesá, rozhovor přerušte nebo jej ukončete stručným shrnutím toho, co již bylo řečeno (Vočka, 2012).

## **2.2 Chyby v komunikaci s lidmi s mentálním postižením**

Nejčastější chybou v komunikaci s člověkem s mentálním postižením je hovořit s dospělým člověkem jako s dítětem. Tím nerespektují jeho důstojnost a neprojevují mu úctu, kterou by projevili zdravému jedinci. Nejčastěji se to projevuje tykáním, používáním neadekvátních výrazů či komunikací s doprovodem osoby s postižením. Důležité je se nechovat podrážděně či dokonce agresivně, způsobí to znemožnění další komunikace. Také nepoužíváme rozvětvená souvětí a trpělivě opakujeme své otázky i odpovědi klienta. Chybou je dávat mnoho informací najednou, musíme se průběžně ujišťovat, že klient všemu rozumí. Také klienta v povídání nepřerušujte a nepospíchejte (Valenta, 2018).

Humor může být projevem přátelského přístupu, avšak není vhodné používat při komunikaci vtipy, může to být považováno za projev výsměchu či disrespektu. Humor při komunikaci můžeme použít spíše s člověkem, kterého lépe známe. Také není vhodné humorem zlehčovat situaci (Bowers, 2009).

## **2.3 Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)**

Alternativní a augmentativní komunikace jsou náhradními způsoby dorozumívání, využívané zejména u osob s mentálním postižením. Alternativní komunikace využívá komunikační systémy, používané jako úplnou náhradu mluvené řeči a má největší uplatnění především u osob s těžkým mentálním postižením. Augmentativní komunikace pomáhá doplnit či rozšířit již existující slovní zásobu a prohlubuje již existující komunikační schopnosti. Cílem alternativní a augmentativní komunikace je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit osobě s mentálním postižením vyjadřování jeho potřeb (Regec, 2012). Nejčastěji se využívají různé obrázky, piktogramy, znakový systém i kombinované systémy, jako například Makaton. Makaton kombinuje manuální znaky, symboly a mluvenou řeč. Lze ho využít ke znakování klíčových slov ve větě či jako prostředek k nácviku napodobování. Znaková zásoba je rozčleněna do devíti stupňů podle kategorií a je doporučováno postupovat po jednotlivých

stupních. Můžeme například začít u rodiny a jídla a propracovat se až k technice či povolání (Bočková, 2015).

V poslední době se u nás využívá tzv. Znak do řeči, který má své využití zejména u jedinců s těžším stupněm mentálního postižení. Znak do řeči je typem znakované řeči, kdy se verbální projev doplňuje znaky. Má spoustu výhod, nevyžaduje více času při komunikaci, rozvoj motoriky stimuluje rozvoj řeči, je jednodušší pro děti a znak je konkrétnější než slovo.

Dále využíváme piktogramy, což jsou obrazové symboly, které se využívají při komunikaci s osobami s těžším stupněm mentálního postižení či s autismem. Výuka piktogramů je provázena verbální řečí a znakováním, doporučuje se piktogramy při výuce spojovat s fotografií či přímo s daným předmětem. Piktogramy se dají použít k označení míst, předmětů, k orientaci v prostředí či denních činnostech a při výcviku různých činností. Osoba s mentálním postižením musí používat stejné symboly doma, ve škole i například ve stacionáři, proto je důležitá spolupráce s rodinou a vychovateli, navzájem se informují o pokrocích osobně či prostřednictvím deníku. Učení piktogramů lze realizovat formou hry, existuje například piktogramové domino.

Dalšími typy obrázkové formy komunikace je VOKS neboli výměnný obrázkový komunikační systém, či PCS neboli Picture communication symbols. Tyto komunikační systémy využívají barevné obrázky, stejně jako piktogramy, ale jsou konkrétnější a realističtější. VOKS je také rozdílný oproti piktogramům v tom, že osoba s mentálním postižením obrázky pouze neukazuje, ale přináší je partnerovi. Obrázky vyměňují za oblíbený předmět, může to být například oblíbená hračka či sladkost. To osobám přináší pochopení, že smyslem komunikace je výměna s určitým úmyslem. Tento způsob je pro osobu s mentálním postižením motivující, jelikož během učení dostává to, co je předmětem jeho zájmu (Michalík, 2011).

Velmi užitečný je komunikační pas, který u sebe může člověk s poruchou komunikace nosit a je vhodný například v případě pobytu v nemocnici. V pase se personál dočte důležité informace, které jim není pacient schopen sám sdělit a může jim pomoci s komunikací a uspokojení jeho potřeb (Regec, 2012). Komunikační pasy hojně využíváme v DOZP Sulická, každý klient má svůj

komunikační pas, který s sebou doprovázející osoby nosí do zdravotnických zařízení. Ukázku komunikačního pasu klienta z DOZP Sulická jsem vložila do přílohy, viz příloha č. 1.

Mezi hlavní výhody AAK se považuje snížení frustrace z nepochopení a pasivity osob s postižením. Člověk používající metody AAK má také možnost se pomocí těchto metod jednoduše samostatně rozhodovat a prohlubovat své komunikační dovednosti. AAK má také své nevýhody, tou největší je poměrně nízká společenská využitelnost (Regec, 2012).

### **3 Zdravotní a sociální péče o osoby s mentálním postižením v ČR**

#### **3.1 Terapie a péče o osoby s mentálním postižením**

Na začátek této kapitoly je důležité zmínit, že mentální postižení může být vrozené, narozdíl třeba od demence, která vzniká později a schopnosti, které již jedinec má, ubývají. Mentální postižení je také trvalé a nelze ho vyléčit, avšak je možné pomocí výchovných, výukových a terapeutických vlivů pozorovat určitá zlepšení (Vágnerová, 2012).

Primární lékařská péče o osoby s mentálním postižením by měla zahrnovat kontinuitu péče, vedení dokumentace o léčbě, rutinní prohlídky, a porozumění jedinečným zdravotním a behaviorálním poruchám, které jsou spojené s mentálním postižením. Některé zdravotní otázky jsou často přehlíženy, jako například sexualita, sexuálně přenosné nemoci či různá rozhodnutí na konci života (Prater, 2006).

Péče o osoby s mentálním postižením je v ideálním případě zajištěna rodinou v prostředí jejich domova. Pokud rodina péči nezvládá, je možné využít pečovatelské služby, denní stacionáře či domovy speciálně určené pro osoby se zdravotním postižením. V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou podávány 50-90 % klientů psychiatrické medikamenty. Nejhojněji zastoupena je skupina neuroleptik, tyto léky tlumí psychickou výkonnost klienta a prohlubují jeho apatii a jsou indikována k tlumení agrese. Dále jsou také hojně zastoupeny skupiny antidepresiv, anxiolytik a thymoprophylaktik. Thymoprophylaktika se podávají ke zvládnutí agrese a sebepoškozování klienta, aniž by způsoboval útlum či ospalost (Michalík, 2011).

##### **3.1.1 Psychoterapie**

Ještě nedávno bylo v terapeutické praxi mentální postižení bráno jako kontraindikace použití terapeutických technik, jelikož se předpokládal omezený intelekt a nedostatečná schopnost introspekce pro zdařený průběh terapie. Avšak začaly se objevovat příklady dobré praxe, kdy se psychoterapie u osob s mentálním postižením prosadila a měla dobré výsledky. Argument,



že psychoterapie není vhodná pro osoby s mentálním postižením, se prokázal jen u nejtěžších forem mentálního postižení. I pro dítě s mentálním postižením může být velmi prospěšná psychoterapie, zejména skupinová terapie, která může podpořit jeho fungování ve společnosti a zvýšit jeho sebevědomí. Volba vhodného terapeutického postupu je však v tomto případě klíčová (Valenta, 2018).

Další metodou je preterapie, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty. Tato metoda vychází z principů rogersovské psychoterapie, která využívá přístup zaměřený na člověka. Preterapie je ideální po navázání kontaktu s lidmi s hlubokým mentálním postižením, s poruchou autistického spektra či s duševní chorobou. Je vhodná pro pacienty, kteří při své léčbě nedokážou navázat terapeutický vztah kvůli jejich omezené schopnosti navázat kontakt. Techniky preterapie vycházejí z poznatku, že tyto osoby vnímají svět kolem sebe velmi konkrétně, a tak se terapeut snaží přizpůsobit danému vnímání svých klientů a dokázat jim poskytovat konkrétní reflexe, jako jsou jeho postoje, chování, emoce atp. Podstatou reflexí je zrcadlení, kdy terapeut pacientovi zrcadlí to, co vnímá. Preterapie využívá této techniky, jelikož to je základem první komunikace mezi pečující osobou a dítětem. Toto zrcadlení pomáhá klientům navázat kontakt s realitou, ale také se sebou samými i s druhými lidmi. Použití reflexí nesmí vyvolávat dojem posměchu, musí být empatické a citlivé. „*Samotná rogerovská psychoterapie je založená na úctě a laskavém přístupu ke každé lidské bytosti bez ohledu na faktor mentální retardace v duchu humanistické tradice.*“ (Valenta, 2018, str. 148). Mezi základy preterapie patří opravdovost terapeuta, bezvýhradná akceptace pacienta a empatie. Terapeutický cíl tohoto přístupu je zlepšení kontaktu pacienta s realitou a zapojení pacienta do komunikace s ostatními (Prouty, 2005; Valenta, 2018). Ačkoliv tento typ psychoterapie není hojně v samostatné formě používán, základy rogersovského přístupu považují za důležitou součást práce s touto cílovou skupinou.

Naopak nejčastěji používané metody vychází z principů kognitivně-behaviorální terapie. Ta se skládá ze složky kognitivní, která se zaměřuje především na změny v myšlení, a složky behaviorální, která se soustředí na změnu v chování. Toho se docílí pomocí praktických technik a nácvikem běžných

situací a reakcí na ně. Tento psychoterapeutický směr je využíván v léčbě mnoha psychických poruch, přičemž v terapii pacientů s mentálním postižením nalézáme největší podobnost s terapií úzkostí. Je důležité s osobou s mentálním postižením či s jeho blízkou osobou vytvořit hierarchii úzkostí a zjistit, jaké podněty ho uklidňují či v něm vyvolávají radost. Klienti se poté musí postupně fobickému podnětu vystavovat a postupují k dalšímu kroku v hierarchii až po překonání předchozího kroku bez vyvolání úzkostí. Po zvládnutí každého kroku můžeme klienta odměnit (Valenta, 2018). Z širšího hlediska se ale jedná především o nácviky sociálních a osobních dovedností.

Kromě KBT je možné v praxi uplatnit také pouze kognitivní přístup. Ten lze využívat především u osob s lehkým mentálním postižením za podmínky jejich dostatečné verbální znalosti k udržení rozhovoru a schopnosti vyjadřovat své názory a myšlenky. Mezi jeho základní metody patří zaujímání odstupů, v jehož rámci se zdůrazňuje snaha si uvědomit, že za vznik určité situace není vždy nutno přejímat zodpovědnost. Na rozdíl od rogeriánského přístupu, zde se za podmínku úspěšné terapie nepovažuje vřelý vztah mezi terapeutem a klientem. Důležité je plánování denního programu a vytváření rozvrhu aktivit (Valenta, 2018).

Jelikož mentální postižení není záležitostí pouze jedince, ale celé jeho rodiny, může být užitečné s ním v rodinném kontextu také pracovat. K tomu slouží především rodinná terapie, jestliže jsou na ni v dané situaci čas a prostředky. Rodinná terapie zdůrazňuje širší souvislosti v poruchách psychosomatických, psychických a vztahových a do procesu léčby zapojuje celou rodinu. Reflektuje vztah mezi jedincem a systémem, ve kterém se nachází, a zaměřuje se na změnu v rámci systému, která nadále ovlivní jedince. Do základních principů rodinné terapie řadíme fakt, že ve středu pozornosti stojí celá rodina, nikoli pouze jedinec. Dále se předpokládá, že problémy daného pacienta souvisí s dynamikou jeho rodiny a je kladen větší důraz na příčinu, která brání ve změně a jakým způsobem se problémy udržují. Cílem terapeuta je změna fungování v rámci rodiny, kdy příznaky pacienta jsou považovány za prvky rodinné dynamiky. Mentální postižení člena rodiny může vnést do rodiny silné napětí, na které reaguje každý člen jinak. Tyto reakce vytváří druh rodinné

atmosféry, jejíž změna může být probírána na rodinné terapii, tudíž na terapii se neřeší změna konkrétního člena, ale zlepšení rodinné atmosféry ku prospěchu všech členů (Valenta, 2018). S rodinnou terapií se však ve zdravotnických a sociálních zařízeních často nesetkáváme, a to zpravidla z důvodu, že je vhodnější pro osoby s lehkým mentálním postižením, které rezidenční služby nevyhledávají.

Ve speciálně pedagogické péči o osoby s mentálním postižením se využívá terapie hrou, pracovní terapie, psychomotorická terapie, terapie s účastí zvířete (např. canisterapie, hipoterapie) či expresivní terapie, jako je muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a biblioterapie (Valenta, 2018). Tyto metody jsou vhodné pro osoby se všemi stupni mentálního postižení a není k nim potřeba schopnost verbálního vyjadřování, proto se s nimi setkáváme i v DOZP.

### **3.2 Nemocniční péče o osoby s mentálním postižením**

Je žádoucí, aby nemocnice byly přizpůsobeny osobám s mentálním či jiným postižením. Avšak často tomu tak není. V akreditačních standardech pro nemocnice chybí zmínka o přístupu k osobám s mentálním postižením (Marx, 2013). Stejný problém nacházím na stránkách jednotlivých pražských nemocnic, kde na některých chybí informace o speciálním přístupu k osobám s mentálním postižením, či s jiným druhem zdravotního postižení.

Na stránkách Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Nemocnice Na Bulovce nejsou vypsány žádné informace o přístupu k osobám s mentálním postižením či nějaké rady pro komunikaci s tímto druhem pacientů, také není nikde zmíněno, že by nemocnice nabízela školení pro personál o zdravotním postižení (FNKV, 2011; NNB, 1992).

V Ústřední vojenské nemocnici mají v sekci informací pro pacienty přímo Informace pro handicapované, kde se zaměřují na speciální podmínky pro osoby s tělesným, mentálním, zrakovým a sluchovým postižením. Nemocnice poskytuje osobám s mentálním postižením odborně vyškolený personál, možnost užití alternativní komunikace, obrázky, piktogramy a možnost hospitalizace s asistenčním psem (ÚVN, 2018).

V Nemocnici na Homolce mají v sekci kvality a bezpečnosti „Šestkrát desatero pro lepší komunikaci“ v rámci projektu Desatero Národní rady osob se zdravotním postižením ČR, avšak zahrnuje pouze desatero pro osoby se sluchovým postižením, se zrakovým postižením a s pohybovým postižením (Homolka, 2017).

Ve Fakultní nemocnici Motol, ve Všeobecné fakultní nemocnici a v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského jsou pouze v sekci Práva a povinnosti pacientů body o pacientech s postižením, které dovolují pacientům se smyslovým nebo tělesným postižením doprovod a přítomnost psa, také pacienti se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy mají právo se při komunikaci dorozumívat způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně tlumočení druhou osobou (FNM, 2012; NMSKB, 2014; VFN, 2016).

V Thomayerově nemocnici mají v sekci Rady pacientům „Desatero pro lepší komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty se zdravotním postižením“, které vydala Národní rada osob se zdravotním postižením ČR a zahrnuje zásady komunikace s pacienty se syndromem demence, s pohybovým postižením, se sluchovým postižením, se zrakovým postižením a s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením (FTN, 2006).

### **3.3 Sociální péče o osoby s mentálním postižením**

V minulém století ještě převažoval ve společnosti názor, že osoby s mentálním postižením patří do ústavní péče. Pokud se rodiče rozhodli, že budou o své dítě pečovat sami, často byli odsuzováni společností či nepochopení. Toto chování často dovedlo rodiče osob s mentálním postižením k tomu, aby své děti schovávali, aby je nemuseli dát do ústavu a také aby se nevystavovali tomuto nepochopení od jejich okolí. Často je přesvědčoval již zdravotnický personál v porodnicích, aby si na své dítě nezvykali a odevzdali jej do ústavní péče (Švarcová, 2011).

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, kde je osoba ubytována, ambulantní, kam osoba dochází, nebo terénní, kde jsou osobě služby

poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Zařízení sociálních služeb jsou různá, mohou to být centra denních služeb, stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a podobně (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Stacionáře jsou určeny pro klienty všech věkových kategorií. Zpravidla se zaměřují na různé formy terapií či rehabilitací, výchovné či pracovní činnosti a volnočasové aktivity. Kromě denních stacionářů máme i týdenní stacionáře, kde osoby pobývají v pracovní dny a přes víkend jsou doma s rodinou. Je to velmi dobré řešení, jelikož rodina může přes týden pracovat a osobě s mentálním postižením se poté věnuje o víkendu, osoba tedy neztrácí kontakt s rodinou, jak to často bývá u sociálních služeb s celoročním pobytem, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením. Ty nabízí komplexní péči o osoby s mentálním postižením, tedy bydlení, stravu, zdravotní péči, aktivizační činnosti a mnoho dalších služeb (Švarcová, 2011). Kompletní seznam poskytovatelů sociálních služeb lze najít na stránkách MPSV ([iregistr.mpsv.cz](http://iregistr.mpsv.cz)).

### **3.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická**

Na závěr teoretické části bych ráda představila Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, jednak z důvodu, že jsem v tomto zařízení sbírala data k praktické části této práce, ale také proto, že v tomto zařízení pracuji a líbí se mi jeho vize a poslání.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická poskytuje celoroční pobytovou sociální službu osobám s mentálním, případně kombinovaným postižením. V rámci tohoto Domova jsou k dispozici dva druhy sociálních služeb, a to domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Celková kapacita domova je 163 klientů, v současnosti v něm žije 146 klientů různých věkových kategorií. Nejmladšímu klientovi je 13 let a nejstaršímu klientovi je 89 let. Zaměstnanců je zde celkem 130, z toho pracovníků přímé obslužné péče je 70. Zaměstnanci kladou důraz na to, aby byli klienti Domova platnou součástí společnosti a žili běžným způsobem.

Ubytování se poskytuje ve čtyřech lokalitách, každé z těchto ubytování je zaměřeno na jinou skupinu klientů. Budova Sulická má celkem pět domácností,

kde žijí převážně lidé s vysokou mírou podpory či lidé trpící imobilitou. Každá domácnost má specifickou cílovou skupinu uživatelů. Plán do budoucna je otevřít další domácnost, kde se bude poskytovat paliativní péče pro osoby s mentálním postižením.

Druhou budovou je detašované pracoviště Murgašova. Na Murgašově žijí lidé s nejnižší závislostí na podpoře druhých osob a trénují vstup do běžného života, přesněji na postup do chráněného bydlení. Ubytovací kapacita je zde 56 osob. Budova je rozdělena do tří částí a jsou zde k dispozici jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, garsonky a dvougarsonky.

Chráněné bydlení v Lahovicích je třetí budova, kde bydlí šest klientů s nízkofunkčním autismem. Toto ubytování tvoří rozlehlá vila s velkou zahradou, vlastním bazénem, tělocvičnou a ateliérem.

Poslední ubytování tvoří chráněné bydlení v běžných bytech na Černém Mostě v Praze, které tvoří tři byty celkem pro šest klientů s mentálním postižením s nízkou mírou podpory.

V Domově je zajištěno celodenní stravování. Samozřejmě je zde také pomoc se zvládáním běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako je například podávání stravy, pohyb či hygiena. Péči o osobní hygienu zajišťují pracovníci přímé péče, provádějí či dopomáhají klientům s koupáním, čištěním chrupu, manikúrou, pedikúrou či holením. V Domově je zajištěn úklid, praní a žehlení tam, kde na to klienti sami nestačí. Pokud to ale jejich zdravotní stav dovoluje, pracovníci se snaží do všech denních činností klienty zapojit.

Také se zde realizují výchovné a vzdělávací činnosti formou školní výuky a dalšího vzdělávání. Klade se velký důraz na aktivizační činnosti, jako jsou výtvarné a rukodělné dílny, jezdí se na různé výlety a rekreační pobyty. Provádějí se zde různé druhy terapií jako muzikoterapie, dramaterapie či taneční terapie, které klienti pravidelně navštěvují. V Domově se také pracuje s konceptem Snoezelenu, což je multismyslová místnost, která slouží k relaxaci, vzdělávání a další pedagogické podpory klientů. Také se v Domově hodně dbá na rozvoj alternativní komunikace. Hlavním cílem aktivit je rozvíjení schopností a dovedností klientů a maximálně naplnit jejich individuální schopnosti. Kromě skupinových aktivizačních činností se zde praktikuje i individuální aktivizace,

která je šitá každému klientovi na míru a odvíjí se od jeho přání, potřeb a možností.

Zaměstnanci Domova také dbají na ochranu práv uživatelů služby a jejich důstojnost, pomáhají při jednání se soudy a úřady, vždy v nejlepším zájmu svých klientů.

Je zde aktivizační kavárna, kde se uživatelé přímo podílí na přípravě občerstvení. Za pomoci aktivizačního pracovníka se učí pracovním dovednostem, ke kterým patří komunikace se zákazníky a zásady správného chování. Také v kavárně probíhá nácvik finanční gramotnosti a samostatných nákupů. Klienti se střídají v kavárně většinou po jedné hodině práce, ale jsou i klienti, kteří zájem o práci a pozornost udrží i 2-3 hodiny. Jsou zde ale i jiné práce, s kterými klienti pomáhají, jako pomoc s úklidem či pomoc v kuchyni, celkově pracuje v Domově 27 klientů. Pro všechny klienty je zde zajištěna nepřetržitá ošetrovatelská péče přímo v Domově praktickým lékařem, pediatrem a všeobecnými sestrami. Také je zde zajištěno doprovázení klientů do nemocnic pracovníky přímé péče (DOZP Sulická, 2019).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

### 4.1 Cíl výzkumu a jeho metodologický rámec

K tématu důstojného chování vůči osobám s mentálním postižením neexistuje v českém kontextu dostatek literatury. Zároveň se toto téma dotýká osob, jejichž hlas není často veřejně slyšet a často i z důvodů spojených s diagnózou těchto osob není snadné, někdy ani možné, zkoumat názory těch, kterých se toto téma týká nejvíce. Pro kvalitnější a efektivnější práci s touto cílovou skupinou je však téma respektu zásadní. Proto tento výzkum mapuje názory a zkušenosti pracovníků, kteří jsou s osobami s mentálním postižením v denním přímém kontaktu.

Pro získání empirických dat jsem zvolila kvalitativní výzkumný design. Předností kvalitativního výzkumu je, že výzkumník je v delším a intenzivnějším kontaktu se situací zkoumané osoby, umožňuje získat podrobný popis konkrétní skutečnosti a vhled při zkoumání a dává výzkumníkovi možnost reagovat na různé situace (Hendl, 2005).

Cílem tohoto výzkumu je očima doprovázejících osob zmapovat:

- nejčastější chyby, kterých se zdravotnický personál vůči osobám s mentálním postižením dopouští, to jak v chování, tak v komunikaci
- zda se liší přístup dle stupně postižení
- jestli existují rozdíly v chování zdravotních sester a lékařů, kteří nejčastěji pečují o klienty při návštěvě zdravotnického zařízení.

Z cíle výzkumu přímo vyplývají výzkumné otázky a pracovní hypotézy:

1. S jakými chybami a problematickými situacemi v chování zdravotnického personálu se participant (doprovázející osoby) setkávají při návštěvách zdravotnického zařízení?

Touto otázkou mapuji chyby a problematické situace, které vnímají doprovázející osoby v komunikaci zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením. Jsem si vědoma relativity pojmu „chybné chování“,



proto se v tomto ohledu odkazují na doporučení M. Valenty a sdružení SPOLU Olomouc (2012), kterým se věnuji v teoretické části. Posuzování se bude týkat nejen verbální a neverbální komunikace, ale i chování zdravotnického personálu a bude vycházet ze zásad etické a efektivní komunikace s touto cílovou skupinou.

2. Liší se přístup zdravotnického personálu v závislosti na stupni postižení či schopnosti komunikace klienta?

Předpokládám, že v komunikaci zdravotníků s osobami s nižším stupněm mentálního postižení a s větší schopností komunikace budou doprovázející osoby vnímat méně chyb a problematických situací, jelikož kontakt s osobou s těžšími stupni postižení vyžaduje vyšší erudovanost v oblasti komunikace a chování.

3. Liší se přístup zdravotní sestry a lékaře vůči osobě s mentálním postižením?

V kontextu této výzkumné otázky předkládám pracovní hypotézu, že podle hodnocení doprovázejících osob nebude zásadní rozdíl v přístupu lékařů a sester, jelikož ve zdravotnických týmech, které nejsou přímo orientováni na cílovou skupinu, které se týká tato práce, mají obě skupiny podobnou míru zkušeností s tímto typem pacientů.

## **4.2 Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek tvoří deset participantů, pět z DOZP Sulická, čtyři z detašovaného pracoviště Murgašova a jeden z chráněného bydlení Lahovice (dále nazývána „přidružená pracoviště“). Konkrétně jsem dotazovala pracovníky přímé péče, tedy pečovatele. Pečovatelé zaměstnaní v DOZP Sulická a v jeho přidružených pracovištích doprovázejí své klienty dle potřeby do zdravotnických zařízení ve chvíli, kdy je klient přítomen v DOZP bez rodiny a má domluvenou kontrolu či vyšetření v nemocnici. V DOZP Sulická žijí osoby s těžším stupněm mentálního postižení a v domově Murgašova žijí klienti s lehčím stupněm postižení. Pracovníky z různých pracovišť jsem zvolila z toho důvodu, abych

mohla porovnat rozdíly v jejich hodnocení přístupu sester a lékařů k osobám s mentálním postižením dle stupně jejich postižení. V průběhu rozhovorů jsem se dozvěděla, že i pracovníci z přidružených pracovišť, kteří jsou zaměřeni spíše na osoby s lehčím stupněm mentálního postižení, mají zkušenost s doprovázením pacientů se všemi stupni postižení. Důsledkem toho byli podobné zkušenosti všech skupin doprovázejících osob, a tak v interpretaci výsledků neporovnávám zkušenosti jednotlivých participantů dle jejich pracoviště, ale ptám se přímo každého participanta na rozdíly v přístupu dle stupně postižení doprovázeného klienta.

V původním plánu výzkumu jsem chtěla oslovit pět participantů z DOZP Sulická a pět z detašovaného pracoviště Murgašova. Během realizace sběru dat jsem se však setkala s odmítavým postojem některých pracovníků, který může souviset s jejich pracovním vytížením, ale i citlivostí zkoumaného tématu. Výzkumný vzorek jsem tak posléze upravila dle dostupných možností tak, abych zachovala plánovaný design a naplnila cíle práce. To jsem udělala tak, že jsem nahradila jednoho participanta z detašovaného pracoviště Murgašova jedním participantem z chráněného bydlení Lahovice (viz tabulka č. 1).

Pro kvalitativní výzkum stačí malý vzorek participantů, avšak jejich odpovědi zkoumáme do hloubky. Participanty jsem oslovovala přímo ve výše zmíněných zařízeních, mimo jiné z důvodu pohodlí participantů a tím podpory bezpečného prostředí a autenticity odpovědí. Jako nominační techniku jsem zvolila metodu záměrného výběru, jejímž cílem je vybrat participanty s předem definovaným záměrem výzkumníka za účelem zastoupení zvolených charakteristik (Vojtíšek, 2012). Vybírala jsem záměrně participanty, kteří mají zkušenosti s doprovázením klientů do zdravotnických zařízení. Díky jejich doporučení jsem dále mohla oslovit i ty participanty, které neznám osobně (tzv. technika sněhové koule).

Participanty jsem informovala o cílech a důvodech výzkumu a jeho účelu. Také jsem je poučila o anonymizaci jejich výpovědí, čímž jsem chtěla docílit jejich větší otevřenosti.

V tabulce č. 1 uvádím přehled všech participantů spolu s několika základními demografickými údaji a přibližným rozsahem jejich zkušeností.

Pro důslednější anonymizaci neuvádím věk participanta PL1, z důvodu nízkého počtu zaměstnanců v chráněném bydlení Lahovice a tím ohrožení anonymity participanta. Rozřadila jsem je dle jejich pracoviště a pro výstupy výzkumu jsem použila zkratky, tedy PS 1-5 (participanti z DOZP Sulická), PM 1-4 (participanti z detašovaného pracoviště Murgašova) a PL 1 (participant z chráněného bydlení Lahovice).

**Tabulka č.1: Základní údaje o participantech**

<b>Participant</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Doba praxe v DOZP</b>	<b>Počet doprovodů v tomto roce/celkem</b>
<b>PS1</b>	Žena	53 let	1 rok	12/19
<b>PS2</b>	Žena	29 let	2 roky	6/20
<b>PS3</b>	Žena	34 let	15 let	4/100+
<b>PS4</b>	Žena	26 let	2,5 roku	5/30
<b>PS5</b>	Žena	50 let	3 roky	4/25
<b>PM1</b>	Žena	43 let	11 let	4/90
<b>PM2</b>	Žena	56 let	9 let	3/55
<b>PM3</b>	Žena	26 let	3 roky	5/36
<b>PM4</b>	Muž	40 let	0,5 roku	5/5
<b>PL1</b>	Žena	neuvedeno	1 rok	3/5

### **4.3 Metody tvorby, zpracování a analýzy dat**

Pro sběr dat jsem zvolila techniku semistrukturovaných rozhovorů, které umožňují volný průběh rozhovoru a přizpůsobení otázek jednotlivým participantům (Hendl, 2005). Seznam základních otázek jsem připravila pro všechny participanty stejný a dopředu ho konzultovala s vedoucím práce (viz příloha č. 3). Díky zvolené metodě jsem si také mohla v průběhu rozhovoru kontrolními otázkami ověřovat, zda odpovídám dobře rozumím a mohla jsem pokládat doplňující otázky dle potřeby. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí participantů, tedy na jejich pracovišti. Volili jsme klidnou místnost, nejčastěji kancelář či prázdný pokoj. Na rozhovor jsme takto měli klid, i když nás občas vyrušil nějaký klient, ale konverzaci nám to nenarušilo. S participanty se mi pracovalo dobře, během sbírání dat jsem si všimla rozdílu ve spolupráci s participanty z DOZP Sulická a s participanty z ostatních pracovišť. To se dá

vysvětlit tím, že participanty z DOZP Sulická znám a s některými jsem za dobu své praxe pracovala, zatímco pracovníky z ostatních pracovišť osobně neznám. Rozhovory se známými osobami tak byly pro obě strany poněkud uvolněnější, ale ve všech případech jsem se držela zásad správného, tedy nesugestivního sběru dat a své přípravy. Během rozhovorů vyvstávala další témata a problémy, které do jisté míry rozšířily původní okruh výzkumných otázek. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla 31 minut.

Na základě souhlasu participantů jsem rozhovor fixovala diktafonem značky Samsung. Také jsem participanty poučila o dalším zacházení s těmito nahrávkami, tedy že budou přepsány a následně smazány. Do přepsané verze bylo participantům umožněno nahlédnout. Ukázku rozhovoru s jedním z participantů jsem přiložila na konec této práce (viz příloha č. 4).

Pro analýzu dat jsem zvolila metodu vytváření trsů (podle Miovského, 2006), která zpřehlední nejčastější výroky, a tedy nejčastější chyby, kterých se zdravotnický personál v komunikaci s osobami s mentálním postižením dopouští. Kromě metody vytváření trsů jsem použila také metodu prostého výčtu, díky které jsem mohla vyjádřit v jakém poměru, či jak často byl určitý jev v datech nalezen oproti jinému jevu (Miovský, 2006). Před samotnou analýzou jsem nejprve přepsaný text podrobila redukci prvního řádu, kdy jsem z něj odstranila nedokončené věty a slova, která neměla informační význam. Následně jsem text rozdělovala do menších celků dle jednotlivých výzkumných otázek. Poté jsem text kódovala, čímž jsem identifikovala a pojmenovala jednotlivé důležité segmenty. Pro kódování jsem zvolila metodu zabarvování vytištěného textu zvýrazňovači. Takto zabarvený text byl dostatečně přehledný pro další zpracování a vytváření trsů.

#### **4.4 Etika výzkumu**

Participanty jsem informovala o účelu výzkumu. Každému participantovi jsem přiřadila číslo dle pořadí (viz tabulka č. 1), ve kterém probíhaly rozhovory a následně byl daný participant veden pouze pod tímto číslem, abych zaručila jeho anonymitu. Také jsem participanty poučila o zacházení s nahrávkami, tedy

že budou přepsány a následně smazány. Všechny zúčastněné osoby byly ubezpečeny, že nahrávku neuslyší třetí osoba a že bude sloužit pouze k účelům práce. Do přepsané verze bylo participantům umožněno nahlédnout.

## **4.5 Výsledky a jejich interpretace**

V následujících odstavcích představím výsledky výzkumu rozřazené dle jednotlivých výzkumných otázek. Nejčastější odpovědi jsou rozřazeny do kategorií, vždy s ukázkami konkrétních citací participantů dokazující danou tezi.

### **1. S jakými chybami a problematickými situacemi v chování zdravotnického personálu se participant (doprovázející osoby) setkávají při návštěvách zdravotnického zařízení?**

Touto hlavní výzkumnou otázkou jsem zmapovala nejčastější chyby a problematické situace, které vnímají doprovázející osoby v komunikaci zdravotnického personálu s osobami s mentálním postižením. Metodou vytváření trsů jsem z rozhovorů zjistila, že se jedná o chyby následující:

#### **Neuctivé chování ke klientům**

Neuctivé chování ke klientům ze strany zdravotnického personálu uvedlo v rozhovorech osm participantů z deseti. Neuctu zdravotníci v těchto případech vyjadřovali verbálně i neverbálně. Často se ve výpovědích participantů objevuje neslušné vyjadřování zdravotnického personálu k stavu klienta, vyjadřování se o klientovi jako o věci či neverbální vyjadřování negativních pocitů vůči klientovi.

PS2: „...když jsem do nemocnice doprovázela klientku na výměnu močové cévky, tak jsme přišli a sestra s lékařem se podívali na mou klientku a sestra se zeptala: „Co to je zač?“ Byli oškliví... Často mezi sebou personál dělá různé

*obličej, povzdechy, prostě na nich poznáte, že nejsou nadšeni, že tam jsme... Klient měl rozseklou hlavu a při příchodu na chirurgii se mě doktor zeptal, jestli ten klient takhle blbě vypadá normálně, nebo jestli to je následek toho úrazu... Nedávno se stalo u nás v domově na jednom oddělení, že selhalo srdce 13leté klientce, sestry a personál začali po nalezení klientky ihned resuscitovat a volali záchrannou službu. Po jejich příjezdu doktor z té záchranky seřval celý personál, že je zažaluje, jelikož resuscitovat člověka s mentálním postižením je proti přírodě.“*

Tyto výroky mě velmi překvapily a silně zasáhly. Překvapil mě nedostatek empatie, která by měla být klíčovou vlastností všech pracovníků ve zdravotnictví. Nejvíce se mě dotkla zkušenost s lékařem ze záchranné služby, který se zachoval nepřipustně a naprosto v rozporu s etickým kodexem České lékařské komory.

PS3: *„Přišli jsme k lékaři s člověkem s Downovým syndromem a lékař se ptal: „Jé, kolik mu je, to ještě žije? My jsme se ve škole učili že tyhle lidi se dožívají 30 let.“ Tak to už člověka ve dveřích zarazí. Nebo většinou už mají rovnou ten předpoklad, že je to agresivní člověk, takže hned nám říkají: „Držte si to, vemte si to“, mluví o těch lidech většinou jako o věci, ne jako o člověku... Většinou když by ten klient měl v nemocnici zůstat, tak po nás vyžadovali doprovod, že „na tohle tady nejsou zařízený“ a mají hodně lidí a nebudou se o ně starat. Jednou jsme měli klienta týden hospitalizovaného, museli jsme tam s ním být, protože nám řekli, že ho tam prostě nepřijmou, když tam nikdo z nás nebude. Nechtěli ani abychom opouštěli pokoj, aby nikde nechodil a neukazoval se... Jeden klient nám ležel na infekčním oddělení v jedné nemocnici a tam ho sestra pacientům na pokoji uvedla jako „vedu vám tady tohle“, jak kdyby tam nevedla člověka, ale nějakou věc...“*

PM4: *„Další uživatelka měla problémy s nohou, dost jí to bolelo, tak jsme šli na vyšetření a sestřička jí řekla, že je tlustá, že nemá tolik žrát, takže to bylo docela nepříjemný... Když tam přijde postižený člověk, tak fakt dávají hodně*

*znát, že je jim to nepříjemný, chovají se k těm lidem, jako kdyby byli něco míň. Vyjadřují to hlavně neverbálně, je to znát ve výrazu, nebo že kroubí očima.“*

Z těchto citací je patrné, že neuctivé chování participantů spatřují především v grimasách zdravotnického personálu, který vyjadřuje jejich odmítavý a neempatický postoj vůči klientům s mentálním postižením. Dalším rezonujícím fenoménem je označování pacientů středním rodem, tedy jako věc, nikoliv člověka. Je těžké posoudit, zda má toto chování přímou souvislost s diagnózou doprovázených pacientů, či zda souvisí spíše s přístupem daného personálu obecně, ačkoliv z některých citací je patrné, že hanlivá označení jsou s diagnózou pacienta v přímé souvislosti. V kontextu této práce je však důležité to, že klienti, kterých se tento výzkum týká, nemají možnost se proti tomuto chování sami ohradit.

V následující citaci je otázka chování k pacientům s postižením ještě více sporná než v citacích předchozích. Je zde ale evidentní nedostatek empatie k těmto osobám a nepochopení neovlivnitelných charakteristických rysů v chování osob s mentálním postižením.

PL1: *„Tam byly velmi nepříjemné sestry a napomínaly nás, že děláme hluk v čekárně, místo toho, aby nás vzaly přednostně a měly klid. I když jsme byli objednaný na určitý čas, tak jsme zbytečně dlouho čekali. S tím vznikala nervozita i našich uživatelů i tam ostatních pacientů.“*

### **Infantilizace klientů**

Infantilizaci neboli zdětinšťování dospělých klientů, uvedlo šest z deseti participantů. Infantilizaci dospělých klientů jsem mohla také zařadit do kategorie neuctivého chování, ale kvůli vysokému výskytu této chyby v rozhovorech jsem se rozhodla ji oddělit jako samostatný problém. Participantům nejčastěji vadí tykání dospělým klientům, dětský přístup k dospělým klientům a vynechávání klientů z podílení se na péči.



PS2: „Zažila jsem jen velmi málokdy, že by klientovi vykali. Většinou jim tykají a mluví s klientem jako s dítětem, přitom klienti na našem oddělení jsou dospělí, většině je přes 40 let. Také klientům nic nevysvětlují.“

PS3: „... oni si myslí, že když se k nim budou chovat dětinsky, mile a přívětivě, že dosáhnou snadněji toho, že ten klient bude poslouchat a splní jim všechny ty věci, které oni po něm chtějí. A možná se i bojí, aby nebyl nějaký agresivnější, tak někdy tak pomalu našlapují. To je zase ono, jak nemají zkušenosti s těmi lidmi, ve škole se učili, že „když má střední mentální retardaci, tak má vývojové období 1-2 roky, tak já se tak k němu budu chovat, tak jsem se to naučila ve škole“. I když tomu klientovi je 50.“

PS4: „Chovají se k nim hrozně. Tykají jim a chovají se k nim jako k malým dětem, vůbec s nimi nenavazují oční kontakt. Když jim něco jdou dělat, tak řeknou třeba „Ted’ to zabolí, nelekni se“ jako kdybych tam byla s malým dítětem, někdy to neřeknou vůbec, že jdou něco dělat a to jsem pak zaskočená i já, co tomu klientovi dělají... komunikace s tříletým dítětem. „Ted’ dostaneš včeličku, chceš barevný obrázek na to?“ No asi takhle no. Já, když si to takhle ted’ uvědomím, tak je to fakt hrozný.“

PM1: „Jediný problém, který já tam vidím je, že se k nim nechovají jako k dospělým a spíš mají k nim přístup jako k dětem. Jsou na ně hodní, snaží se jim třeba vyšetření rentgenem vysvětlit, ale začnou jim třeba tykat a takový.“

PM3: „Chovají se k uživatelům dětinsky... Hnedka tykaj, ani se z toho klienta nezeptaj, jestli můžou a prostě že by měli normální přístup, že by začali vykat, to vůbec. Ten projev dětského chování je i poznat na způsobu, jakým jim dávají pokyny podrobně „tady se svlíkni“ a tak.“

Na rozdíl od předchozí kategorie je zde častěji evidentní snaha personálu se k pacientovi zachovat přívětivě. Resonuje zde však absence respektu k věku těchto pacientů. V tomto ohledu je zcela zřejmé, že přístup k pacientům

s mentálním postižením je odlišný než k pacientům většinové společnosti, ač třeba s dobrým záměrem. Do jisté míry je tento přístup v rozporu s technikami, které jsou využívány v domovech pro osoby s mentálním postižením, které se ve velké většině snaží vést daného klienta k aktivizaci a podporují ho v jeho autonomii a kompetencích dospělého.

### **Opomíjení klienta v komunikaci**

To, že zdravotnický personál opomíjí klienta v komunikaci a komunikují spíše s doprovodem uvedlo v rozhovorech sedm z deseti participantů. Někteří uvedli pouhé doptávání doprovodu na doplňující informace ohledně zdravotního stavu klienta, někteří uvedli úplné vyloučení klienta z komunikace a z podílení se na rozhodování o péči.

PS2: *„Ve většině případů lékaři a sestry nemluví s klienty, ale mluví s námi, s doprovodem, klientům tykají... Není tomu tak vždy, ale často se ke klientům chovají jako k póvlu... málokdy se mi stalo, že by mluvili s klientem. Vždycky mluví se mnou... A mám zkušenost, že když jdou klientovi něco dělat, tak vůbec neřeknou, co jdou dělat, nebo to říkají mně. Otočí se na mě a řeknou mi třeba: „Teď mu to zašijeme.“ Ale toho klienta na to nepřipraví. Bavi se pořád se mnou jakožto s doprovodem.“*

PS3: *„Nikdy se nikdo z toho personálu, jak sestry, tak lékaři, neobrací na toho klienta přímo ale hovoří vždycky jenom s námi a ten klient je někde v ústraní a nic s nimi neřeší... S tím, že by tykali či vykali jsem se ani nesetkala, jelikož jsem se málokdy setkala s tím, že by hovořili přímo s tím klientem. Že by se ho zeptali, jak se cítí, jak se má, vždy se ptali na všechno rovnou nás.“*

PS4: *„Co mě vždycky překvapí, stalo se mi to už asi třikrát, že ty sestry se ptají toho klienta, ale nekoukají na něj. Ptají se mě. Byla jsem tam s klientem, který trochu komunikuje, dokáže odpovědět na otázky, a ona se ptá mě na to...“*

*Nebo často dělají, že chtějí říct, že budou tomu klientovi něco dělat a začnou mi to šeptat. Jako aby to neslyšel. Přitom má nárok to vědět. Třeba zašeptá: „Já mu dám teď injekci jo?“ A já mu stejně nahlas sdělím, že dostane injekci.“*

Zde si můžeme všimnout, že zdravotnický personál vynechává klienta z předávání zásadních informací, jako například o chystaném výkonu. Osoba s mentálním postižením má dle Úmluvy právo na informace týkající se jeho zdravotního stavu jako každý jiný člověk (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

PM2: *„...byla jsem tam s klientkou která za sebe může hovořit, ale oni mluvili furt na mě tak jim říkám „ale paní vám rozumí, co po ní chcete“ pak si uvědomili, ono je to spíš tak, že si mysleli, že to nechápe.“*

PM3: *„Zkusili třeba první dvě věty mluvit na klienta, a když viděli, že ten klient není schopnej odpovědět na ty jejich otázky, tak pak už je přehlíželi a komunikovali přímo s náma.“*

PL1: *„Personál klientům vykal, ale mluvil spíš s doprovodem. To doptávání, anamnéza a tak, tak to s doprovodem...“*

Do jisté míry je pochopitelné že se zdravotnický personál snaží o otázkách pacientova zdraví co nejlépe dorozumět. Je důležité brát v potaz, že i z hlediska obecné komunikace je přirozené obracet se v rozhovoru s více osobami na obě z nich. Jako problematické zde shledávám především úplné ignorování pacienta či snahu o zatajení zdravotnických výkonů, které se daného pacienta přímo týkají.

### **Nedostatečné ošetření klienta**

S nedostatečným ošetřením klienta se setkala šest participantů z deseti. Kromě nedostatečného ošetření problému, s kterým klient do zdravotnického

zařízení přišel, se ve výpovědích doprovázejících osob také objevoval spěch a nevěnování klientovi dostatek času.

PS2: „*Veškerá komunikace je hrozně urychlená a nevěnují nám moc času, zdá se mi, že chtějí tu návštěvu mít co nejdříve za sebou... Ani je tak dobře neošetří, jako lidi bez postižení. Jak jsme byli s tím klientem s tou rozseklou hlavou, tak se na něj jen podívali, ani mu tu ránu neošetřili, nezalepili, neřešili to. Hlavně aby byl co nejdřív pryč.*“

PS3: „*Většinou bych řekla, že chtějí, aby to bylo rychle za nimi... mám někdy takový pocit, že se jich i bojí. Že nevědí, jak s nimi komunikovat, manipulovat, co jim rozumějí, tak mám z toho takový pocit, že z nich mají strach a že chtějí, aby to bylo rychle hotové... Tím, jak ten člověk to neumí popsat, tak asi jako člověk bez mentálního postižení, který se furt dožaduje toho vyšetření, když ho něco bolí, to oni nemůžou, tak ti lékaři udělají jen nějaký základ, co si myslíš a pak už vlastně je to úplně nezajímá, že je něco bolí. Setkala jsem se i s tím názorem lékařů, že mají takový ten pocit, že když ten klient by měl třeba mít rakovinu nebo něco, tak se ani nehrnou do toho, aby to dál vyšetřovali, což se nám tady týká jedné klientky, že si myslí a píšou do zprávy, že má v sobě nějaký útvar, ale už nikdo nenavrhne další vyšetření... Takže to je zase o tom, že my tlačíme na lékaře, aby provedl nějaký zákroky a oni sami tvrdí, že by to nedělali, že by se do toho nehnali... Klient měl jít na operaci kyčle, měl sesunutou kyčel, neustále kulhal, každý jiný člověk už by dávno na té operaci byl. A lékař mi řekl: „Podívejte se, on to má sesunutý, to je na operaci, ale oni mají snížený práh bolesti, tak mu dejte Ibalgin.“ Pak jsme tam teda stejně skončili, ale to už jsme museli být nekompromisní, že prostě na tu operaci půjde a hotovo. Akorát jsme mu prodloužili to trápení. Pak zase po té operaci nedostal rehabilitace, a to byl malý kluk, ještě k tomu neštěstí.*“

S argumentem „sníženého prahu bolesti osob s mentálním postižením“ jsem se setkala již z více zdrojů. Tento fenomén se u některých osob s mentálním postižením může objevovat, není však pravidlem a není dostatečně silným

argumentem k zanedbání péče o klienta. Naopak u některých klientů se můžeme setkat s přehnanou citlivostí na bolest, a tak je opět na doprovázející osobě, aby klienta u lékaře hájila a jednala v jeho nejlepším zájmu.

PS4: *„Když klient upadl ošklivě na hlavu, tak mu akorát rychle ránu zašili, ale že by udělali nějaký kontrolní rentgen, CT, nic. On pak klient začal vyvádět, tak místo toho, aby počkali, než se zklidní, než mu domluví, tak řekli, ať už jedeme, ať si zavoláme odvoz.“*

PM2: *„Někdy pospíchají a neberou je jako lidi, přijde mi, že k nim přistupují jako kdyby nemělo cenu, jak oni vypadají a jaký jsou, nebo tím že jsou postižený tak dávají někdy najevo že nemá cenu vůbec nic s nimi dělat.“*

PM3: *„...odbývají to, chtějí je přehodit na ostatní nemocniční personál, hlavně aby to nemuseli dělat... většinou to chtěli mít rychle za sebou a utrpělo na tom i to ošetření klienta.“*

PM4: *„Zdá se mi, že jsou nedostatečně opečovaní, že se ta péče zanedbává... vlastně ho vůbec nevyšetřili, dali mu jen kapky a sirup na kašel a zas nám ho vrátili. Žádný podrobnější vyšetření nebylo.“*

V této oblasti považuji za alarmující některé mýty, které se v souvislosti s osobami s mentálním postižením objevují, protože mohou pacientovi zbytečně způsobovat bolest či jinou škodu. Co se týče spěchu při ošetření či nedostatečného ošetření, můžeme opět polemizovat, zdali se tato problematika netýká spíše zdravotnického systému obecně, v každém případě však nedostatečná péče o tyto pacienty má v této práci své místo, jak je již patrné z četnosti téměř stejných výpovědí.

## Neznalost alternativní komunikace

S neznalostí alternativní komunikace u zdravotnického personálu se setkali všichni participanti. V nemocnicích dle výpovědí participantů chybí osoba zabývající se alternativní komunikací, která by pomohla osobám s mentálním postižením, které jsou hospitalizovány ve zdravotnických zařízeních s komunikací s personálem, zejména s vyjádřením svých potřeb. Často se setkávají s neznalostí komunikačních pasů a s neochotou personálu je využívat.

PS4: *„Ne, tak to jsem se nikdy nesetkala (s pracovníkem zabývajícím se alternativní komunikací). Zrovna dneska jsem tam klientce přinesla komunikační pas a její vzpomínkové album a koukali na mě jako co to je, že to nikdy neviděli... Vždycky to tam nechávám tyhle komunikační pasy, mají tam napsáno, co mají rádi, jak ráda leží a tak, ale pochybuju, že to používají. Když za ní jdu, leží stejně jako ostatní pacienti... Nikdy se mi ani nestalo, že by se mě zeptali, jakým způsobem s nimi komunikovat, jestli mají nějaký svůj způsob, nějaký svoje znaky, právě nějaký knížky nebo něco, čím se dorozumívají... Tak se mi nedávno stalo, že klientka přijela z nemocnice, tak jsem se jí ptala, jak se tam měla a ona mi řekla, že měla kazajku. Tak jsem se jí ptala proč, tak že prý zlobila. Takže asi i takhle s nima zacházejí, že je svážou, ale kdyby věděli, jak s nimi komunikovat, že ona chce kapesník do ruky a kostku nebo nějakou hračku, srolovat si podložku pod sebe a je klid... Nás se mají ptát, my známe jejich zvyky. A pak jim tam řvala celý noci, tak dostala kazajku a byl klid no. Ta přijela a říkala to 14 dní, furt o tom mluvila.“*

Povšimněme si, že kdyby zdravotnický personál přijal rady doprovázející osoby, která má s potřebami dané klientky zkušenost, klientka mohla být ušetřena použitím omezujících prostředků. Ušetřený čas na předání informací od doprovázející osoby zdravotnický personál stejně ztratil při snaze o zklidnění pacientky, ještě k tomu nevhodným způsobem. Z toho vyplývá, že vyslechnout doprovázející osobu se může personálu vyplatit v následné péči o klienta.

PS5: „*To jsem ještě nezažila. My jezdíme s těmi komunikačními pasy a vlastně pomáháme, aby oni k nim měli lepší přístup, protože oni tam jsou mezi normálníma pacientama, takže na to nejsou zvyklý, nemají na to čas, je tam fojfr. Někdy tam čekáme 4 hodiny.*“

PM2: „*To jsem se nesetkala. Většinou to zvládáme my tu komunikaci, protože ty klienty známe, tak jsme schopný říct co zvládne či nezvládne. Ještě mi to nikdy nikdo nenabídl za těch 9 let.*“

PM3: „*Ne, to vůbec. My třeba máme vlastní komunikační kartičky, tak to ani neakceptují. Prostě nemluví, nezám. Buď to řekneme my, nebo nic.*“

Odmítání komunikačních pasů zdravotnickým personálem, které uvedli tři participanti, považuji za překvapující. Komunikační pasy jsou velmi užitečné a někdy dokonce nezbytné k poskytování péče, jelikož uvádějí důležité a klíčové informace o klientovi

## **2. Liší se přístup zdravotnického personálu v závislosti na stupni postižení či schopnosti komunikace klienta?**

Touto druhou výzkumnou otázkou jsem chtěla porovnat přístup zdravotnického personálu ke klientům přímo z DOZP Sulická v porovnání s přístupem ke klientům z přidružených pracovišť, kde jsou obecně klienti s lehčím stupněm mentálního postižení. V průběhu rozhovorů s participanty jsem ale zjistila, že i oni mají na své domácnosti širší spektrum postižení u klientů, a tak jsem zjišťovala přímo jejich názor na tuto otázku. Devět z deseti participantů uvedlo, že se přístup dle stupně postižení či schopnosti komunikace klienta liší, domnívají se, že přístup zdravotnického personálu je lepší, čím je klient schopnější komunikace a spolupráce. Jeden participant (PS2) uvedl, že se přístup dle komunikačních schopností klienta neliší.

PS1: „Ano, většinou reagují lépe na schopnější klienty, ale i s těmi schopnějšími spíše komunikují se mnou jako s doprovodem, a ne přímo s nimi. To si myslím že pro schopné klienty může být nepříjemné, jelikož si připadají jako malé děti. S méně schopnými klienty se příliš komunikovat nesnaží, ale většinou se k nim chovají s úctou.“

PS2: „Já si myslím, že ne. Na našem oddělení je míra postižení těch klientů tak vysoká, že se s nimi nikdo nebaví.“

PS3: „Určitě je přístup lepší, čím je na tom pacient lépe. Máme tady klienta, který umí říct alespoň že ho něco bolí nebo tak, jinak je tady většina, která vůbec verbálně nekomunikuje, neukáže ani mimikou, že je něco bolí, a je to jen o nějakém pozorování, na které musíte mít dlouhý čas a chápu, že v té nemocnici ho nemají.“

PS4: „Když jedu s klientem, který je na tom lépe z té komunikační stránky, tak s ním mluví jako s dítětem. Když jedu s klientem, který nekomunikuje, tak na něj nemluví vůbec. Takže se to stupňuje, ale jen tak do komunikace s tříletým dítětem.“

PM3: „Ti, co komunikují, tak řeknou, kde je to bolí nebo co mají za potíže a ty co nemluvě tak se hůř vyšetřují, že na sebe třeba ani nenechají šáhnout, prohmatat břicho, cokoliv. Tak k těm mají pak přístup určitě horší, jakože jsou nevyšetřitelný, že to nemá cenu.“

Výsledek, že v komunikaci zdravotníků s osobami s nižším stupněm mentálního postižení a s větší schopností komunikace budou doprovázející osoby vnímat méně chyb a problematických situací, jsem předpokládala. Předpokládala jsem to, jelikož si myslím, že navázat kontakt s osobou s lehčím stupněm postižení je jednodušší a nevyžaduje ze strany zdravotnického personálu tolik času a úsilí, jako navázat kontakt s osobou s těžším stupněm postižení, která se verbálně nevyjadřuje.



### 3. Liší se přístup zdravotní sestry a lékaře vůči osobě s mentálním postižením?

U této otázky byli odpovědi velmi rozdílné. Čtyři participantů věří, že přístup lékařů vůči osobám s mentálním postižením je lepší, zatímco tři participantů věří, že lepší přístup mají sestry. Zbylí tři participantů uvádí, že přístup sester a lékařů se neliší, že záleží na povaze daného člověka.

PS1: *„Toto je velmi individuální. Někdy je velmi nepříjemná sestra a někdy zase doktor. Většinou vidím, že mají hodně práce, a tak to nepříjemné chování akceptuji, jelikož vím, jaká je ve zdravotnictví situace.“*

PS3: *„Řekla bych, že lékaři se snaží víc. Snaží se klidněji i vhodněji komunikovat, ty sestry mají spíš takový přístup „ježiš, tenhle, co tady dělá, ježiš, to je zase dneska den“. Vidím, že je to prudí, že už to chtějí mít za sebou, zato ten lékař se snaží klidným tónem, i když teda moc nekomunikují s tím klientem, tak se aspoň ptají nás, ale ty sestry to je „ježiš, tohleto nechci zase, no tak co s ním budeme dělat, tak si na něj lehněte nebo něco udělejte“ takže vlastně křičí na ty pracovníky, co jsou z toho taky ve stresu... Taky u toho přístupu záleží na věku a pohlaví toho zdravotníka. Mladší lékaři a zejména muži byli o dost příjemnější, klidnější a uměli spíše k tomu klientovi přistupovat. Ženy lékařky jsou hektičtější a musejí toho víc stihnout a zvládnout, což se týká i těch sester, já tomu jako rozumím, je jich málo, je fofr, každý něco chce, každý otravuje, oni jsou první na ráně.“*

Je velmi možné, že participantů uváděli jejich názory na zdravotníky, které jsou založené pouze na pár negativních zkušenostech, kterými definují celou skupinu zdravotníků. Myslím, že každý jsme se setkali s nepříjemným zdravotnickým pracovníkem, ale není vhodné na jedné zkušenosti zakládat svůj pevný názor na celou tuto skupinu.

PS5: „Myslím si, že sestřičky jsou takový jako přívětivější, ochotný. Doktoři jsou takový odměřenější, plus mám ten špatný zážitek s jednou doktorkou, ale jinak jsem se s ničím špatným nesetkala.“

PM1: „Tam rozdíl nevidím. Když ta sestra byla nepříjemná, tak byla nepříjemná i normálně, jakože už třeba byla unavená, ale neviděla jsem rozdíl jako mezi „normálním“ pacientem a tím našim. To už bylo od povahy toho člověka.“

PM2: „Já bych řekla, že u těch sestřiček je ten přístup lepší. Že oni možná i ví, o čem to je nebo tím, jak už tam chodíme víc, tak jsou přístupnější, jsou ochotnější. Občas se stane, že nás vezmou přednostně, když poprosím, nebo jdu v pracovním, když to jde.“

PM4: „Lékaři se mi zdají skeptický. A sestřičky jsou buď vstřícný a fakt milý, nebo je tam ten druhý pól, že jsou fakt nepříjemný a dávají najevo, že jim je to na obtíž.“

PL1: „Já bych to neřekla takhle paušálně, jako lékaři nebo sestry, vždycky záleželo na tom konkrétním člověku, jakou má povahu. Jak kdy, podle situace.“

U této výzkumné otázky se tedy potvrdil můj předpoklad, že rozdíl v přístupu sester a lékařů nebude nijak výrazný a nedá se generalizovat.

## 5 Diskuze

Z výsledků interpretace si můžeme všimnout, že spokojenost doprovázejících osob s přístupem zdravotníků k jejich klientům je ve většině případů nízká. Z výše uvedeného je zřejmé, že doprovázející osoby často vnímají vyčlenění osoby s mentálním postižením z podílení se na péči, včetně komunikace. Chybí začlenění klienta lékařem, zatímco dle Úmluvy by klienti měli mít možnost se vyjádřit k tomu, co se s nimi bude dít. Také vnímají infantilizaci klientů, nevhodné oslovování a chování vůči klientům, kritizují neznalost alternativní komunikace. Dále vyplývá, že přístup dle stupně postižení či schopnosti komunikace klienta se liší, přístup zdravotnického personálu je lepší, čím je klient schopnější komunikace a spolupráce. Je do jisté míry logické, že komunikace s klienty s lepšími komunikačními schopnostmi je jednodušší. V kontextu přetížení zdravotnického personálu je tím pádem pochopitelné, že si lékaři a sestry snaží kontakt s osobou s mentálním postižením zjednodušit a možná tak zefektivnit služby poskytované pacientům obecně, především pak ve smyslu rychlosti jejich ošetření, která se podepíše na množství ošetřených pacientů. Celé téma práce je tak přímo propojeno s otázkou možností českého zdravotnictví obecně. Na druhou stranu, právě v interakci s lidmi, kteří často nemají možnost poskytnout k chování okolí zpětnou vazbu je důležité zakládat komunikaci na empatii, profesionalitě a dodržování etických zásad.

Při vytvoření trsu problémů „Neznalost alternativní komunikace“ nastává otázka, zda je v moci personálu ovládat alternativní komunikaci. Během studia a následné praxe není prostor naučit se potřebám naprosto všech pacientů, ač je alarmující, že se se znalostí alternativní komunikace nesetkal žádný z participantů a ani nikdo z personálu neprojevil zájem se o tom více dozvědět. Na druhou stranu je vzdělávání o specifických cílových skupinách očividně nedostatečné a i sami experti pohybující se na poli péče o osoby s mentálním postižením by se mohli o vzdělávání zdravotnického personálu v této oblasti zasadit.

Další otázkou je, zda se i doprovázející osoby podílejí na tom, aby návštěva zdravotnického zařízení proběhla hladce. Nedokážu posoudit,

zda komunikační schopnosti doprovázejících osob s personálem v nemocnici jsou dostačující pro bezproblémový průběh vyšetření. U doprovázející osoby je důležité, aby klienta správně představila. Představením klienta například jeho přezdívkou podporuje doprovázející osoba další nevhodné oslovování klienta personálem.

Také je otázkou, zda dokáží doprovázející osoby posoudit správnost ošetření, na jehož základě usuzují nedostatečné ošetření klientů. Doprovázející osoby v DOZP mají odbornou způsobilost k výkonu povolání ošetřovatele, a tak si nejsem jistá, zda mají dostatek znalostí či zkušeností s ošetřením určitého problému doprovázeného klienta.

Z rozhovorů jsem v mnoha případech cítila určité předsudky vůči sestrámm a lékařům ze strany doprovázejících osob. To může mít souvislost jak s některými zkušenostmi z minulosti, které participanti prožili při doprovázení, ale může to být ovlivněno i osobní zkušeností participantů či jejich momentální náladou v době sběru dat.

Je důležité také upozornit na cíle výzkumu, které se přímo soustředí především na chyby a problematické situace a nedávají tak větší prostor situacím, ve kterých se zdravotnický personál zachoval eticky a empaticky. Pozitivní zkušenosti se ve výpovědích samozřejmě také objevily, ač jich nebylo mnoho. Konkrétně se jednalo pouze o čtyři pozitivní zkušenosti, které se participanti rozhodli sdílet. Ráda bych v prostoru diskuze jeden z nich citovala, jelikož dobře znázorňuje, jak může empatické a trpělivé chování pomoci k bezproblémovému průběhu návštěvy lékaře:

PS3: *„Musím říci, že záleží na nemocnici...v jiné nemocnici v Praze byl skvělý lékař, ačkoliv mu klient nerozuměl, tak mu tam řekl všechno, všechno, co mu bude dělat a je fakt, že tam to přijal úplně v klidu, na rozdíl od první zmiňované nemocnice. Určitě ten klient nerozuměl všemu, ale už jen to, že na něj mluvil s klidem a vysvětloval, co bude dělat, tak ten klient byl daleko klidnější a snesl to. Za to v té první nemocnici to nesnesl.“*

Na druhou stranu, participantům byly pokládány citově nezabarvené a nesugestivní otázky, které prostor ke sdílení pozitivních zkušeností nabízely. I přes to ve výpovědích negativní zkušenosti převažovaly, což může být ukazatelem celkového naladění doprovázejících osob ve směru ke spolupráci se zdravotnickými zařízeními, jehož důvod může, ale nemusí být založen pouze na zmíněných pracovních zkušenostech.

Chyba může být samozřejmě i na straně zařízení, tedy DOZP. Několik participantů zmínilo, že by měly klienty doprovázet sestry, jelikož doprovázející osoby nemají přístup k určitým informacím o klientovi a poté nejsou nápomocní u lékaře s podáváním určitých informací, které po nich lékař vyžaduje. Z výpovědí participantů jsem zjistila, že pečovatelé se snažili docílit toho, aby klienty doprovázely do zdravotnických zařízení sestry, ale že je to časově a kapacitně nemožné a finančně náročnější.

Ze skutečností zjištěných sběrem dat vyvozují úsudek, že osoby s mentálním postižením jsou ve zdravotnických zařízeních často diskriminovány. Mgr. Michal Čermák publikoval v rámci projektu Rovná práva pro všechny publikaci s názvem „Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením“, kde v desateru rovného zacházení pro osoby se zdravotním postižením můžeme naléznout tento bod: *„Pro předběžné určení, zda je osoba se zdravotním postižením v konkrétní situaci vystavena diskriminaci, doporučujeme položit si otázku: „Jednalo by se v této situaci s osobou bez zdravotního postižení odlišně?“ Pokud by se jednalo odlišně, vzniká podezření na diskriminaci“* (Čermák, 2012, str. 6). Všichni participanté popsali v rozhovorech situace, kdy se personál choval k osobám s mentálním postižením odlišně, než by se pravděpodobně zachoval k osobám bez postižení.

Při hledání podobných výzkumů jsem narazila na bakalářskou práci, která zkoumá pohled na tuto problematiku z druhé strany, tedy z pohledu zdravotních sester. Výzkum probíhal na dětských a dospělých odděleních lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole pomocí dotazníkového šetření. Ve výsledcích si můžeme povšimnout, že v některých oblastech se velmi liší výpovědi sester v porovnání s výpověďmi doprovázejících osob, s kterými jsem prováděla rozhovory.

Ve výše zmíněném dotazníkovém šetření označilo v otázce sebehodnocení znalostí specifík komunikace s osobami s mentálním postižením 49,7 % sester, že se domnívají, že dostatečné znalosti určitě nebo spíše mají. U otázky, která se zabývala tím, zda je vhodné pacientům s mentálním postižením tykat, zvolilo odpověď určitě ano pouze 1,3 % respondentů a odpověď spíše ano zvolilo 30,6 % respondentů. Pouze 1,9 % sester z dospělé části uvedly, že nejsou dostatečně trpělivé na komunikaci s těmito osobami a neudělají si na komunikaci čas (Helinská, 2018). Zejména tato otázka trpělivosti se neshoduje s výsledky mého výzkumu, kde si většina participantů stěžovala na nedostatek trpělivosti personálu a na nedostatek času na ošetření jejich klienta.

V otázce, co si myslí, že by pomohlo ošetrovatelskému personálu v péči o osoby s mentálním postižením uvedlo nejvíce respondentů, že by personálu pomohla hospitalizace pacienta s doprovodem. Při hospitalizaci pacienta s mentálním postižením byl pro sestry nejvíce problematický příjem nemocného, provádění ošetrovatelských výkonů u něj a edukace nemocného. Za největší problémy v komunikaci s pacienty s mentálním postižením uváděly sestry nejhojněji nedostatek času a neznalost způsobu komunikace (Helinská, 2018).

S ohledem na význam podobných výzkumů je podstatné se zabývat otázkou budoucnosti a možné změny. Možnosti zlepšení jsou na všech zahrnutých stranách, tedy jak u doprovázejících osob, tak ve zdravotnických zařízeních a jejich personálu, ale i v zařízeních sociálních služeb, jako je DOZP a v neposlední řadě v nastavení systému obecně ve smyslu možností samostatných sektorů zdravotnických a sociálních služeb, ale i jejich spolupráce. Určitě bychom se také jako pracovníci v pomáhajících profesích měli sami zajímat o to, abychom byli dostatečně vzdělaní v přístupu ke všem osobám a rozvíjet se v oblastech, které nám například výuka ve škole nenabídla. Vzdělávací programy oborů připravujících studenty na povolání všeobecné sestry či lékaře se podrobně nezaměřují na specifika komunikace s osobami s mentálním postižením či na alternativní komunikaci. Proto by se pracovníci ve zdravotnictví i sociálních službách měli o takové věci sami zajímat či aktivně vyhledávat vzdělávací programy zaměřené na komunikaci s lidmi se speciálními potřebami a s problémy

v komunikaci snažit o jejich zahrnutí do výuky či o šíření potřebných informací prostřednictvím školení přímo na pracovištích.

### **Doporučení zdravotnickému personálu**

Pro dokreslení celé problematiky jsem se participantů na konci každého rozhovoru ptala na doporučení zdravotníkům, co by měli zlepšit v přístupu k osobám s mentálním postižením.

PS1: *„Určitě by měli být chápavější a milejší.“*

PS2: *„No určitě na trpělivosti a na komunikaci s těmi lidmi. Víím, že to je těžké občas s těmi klienty, ale pořád to není důvod se k nim chovat sprostě. Neměli by s nimi mluvit jako s malými dětmi, brát je jako dospělé či jim vykat.“*

PS3: *„Já si fakt myslím, že by ty lidi měli poznat a že by se měli dojit podívat aspoň na týden k těm lidem, aby viděli, že se jich nemusí bát, jaká mají specifika, protože i já, když jsem studovala, tak v těch knížkách všechny nahází do nějakých třech škatulek, jak se chovají, jakou mají inteligenci, že tohle umí a neumí. Měli by prostě vědět, že se jich nemusí bát, že se jich můžou ptát, buď odpoví nebo neodpoví. Je velmi důležitý jim říkat, co se bude dít. Oni tomu na jednu stranu rozumí, rozumí klidnému tónu té komunikace, nic hektického, když už by věděli, že tam přijde takový člověk, udělat si na něj trochu víc času. Také by se měli ke klientům chovat adekvátně k věku.“*

PS4: *„Hlavně bych doporučila těm nad nimi, aby měli víc zaměstnanců. Na tom to všechno stojí... A taky je důležitý prostředí, ty nemocnice jsou depresivní. A i ty jejich uniformy jsou takový depresivní, pro ty naše klienty je tohle strašně stresující. A v tom přístupu, být lidský, to je všechno. A používat selský rozum... Nebo často se ptají na otázky, který já nevím, pak jsou naštvaný, že to nevím, tak je odkazují na sestry od nás, že já k tomu přístup nemám, tak jsou*

*naštvaný, proč teda s těmi klienty nejezdí sestry a hned je tam konflikt... Tak lidskost no, pochopit tu situaci, já taky chápu že tam jsou unavený. Kdyby jich bylo víc a měli víc času, tak si aspoň třeba přečtou ty komunikační pasy.“*

*PS5: „...oni jak mají fofr, tak se jim nechce do těch počítačů, že je to spousta času... My jedeme s těmi papíry, kde oni si ty informace všechny mají přečíst, jenže do toho se jim nechce a jsou pak protivný. Takže udělat si na nás více času, když vědí, jaká je diagnóza pacienta, který jim přijde.“*

*PM1: „To tykáni. Když vidím člověka, co je starší, má 60 let, my máme spíš ty klienty v tom seniorském věku, tak samozřejmě mu neřeknu „ty“. Takže to je asi tak jediný, co bych tam viděla.“*

*PM2: „Já bych řekla úctu k člověku jako takovému, protože oni sice vypadají jinak a komunikují jinak, ale furt jsou to lidi a tu péči si zaslouží jako každý jiný člověk.“*

*PM3: „Tak určitě by to chtělo větší trpělivost, víc komunikovat, být empatický. Měli by být připraveni na to, že i takoví lidé, jako máme tady my, potřebují odbornou lékařskou pomoc.“*

*PM4: „Nemít předsudky vůči lidem. A být empatičtější.“*

*PL1: „Ta alternativní komunikace, to by bylo fajn. Na přístupu vůbec k lidem s postižením, ať už je to se zrakovým, sluchovým nebo mentálním postižením, aby se zdravotnický personál téhle problematice trošku věnoval, aby vlastně i sami v tom byli komfortnější.“*

Až při vyhodnocování výsledků mě napadlo, že by bylo přínosné se participantů také zeptat na to, co by měli sami na sobě zlepšit, aby pomohli zdravotnickému personálu při návštěvě zařízení. Určitě i taková sebereflexe by participantům pomohla se zamyslet, zda i oni postupují při doprovázení klientů



ideálně. Nicméně, participantů by hlavně vyžadovali, aby byli zdravotníci empatičtější, chápavější, trpělivější, aby měli ke klientům úctu a chovali se k nim adekvátně k věku. Toto by mělo být pro zdravotnický personál samozřejmé, v zákoně o zdravotních službách je psáno, že pacient má na úctu, důstojné zacházení a na ohleduplnost právo (zákon č. 372/2011, §28). Také vícekrát zaznělo, že by měli zdravotníci více zapracovat na komunikaci.

## **Závěr**

V bakalářské práci "Respektování důstojnosti osob s mentálním postižením ve zdravotnických zařízeních z pohledu doprovázejících osob" bylo mým hlavním cílem vytvoření teoretického základu o této problematice a zmapování nejčastějších chyb a problémů, s kterými se potýkají osoby s mentálním postižením ve zdravotnických zařízeních ze strany sester a lékařů.

V teoretické části práce jsem vycházela z dostupné odborné literatury zabývající se problematikou mentálního postižení, jeho etiologií, klasifikací, diagnostikou, historií a právy osob s mentálním postižením. Také jsem se zabývala komunikací s touto cílovou skupinou, zejména zásadami komunikace, častými chybami v komunikaci a alternativní komunikací. Na konci teoretické části jsem se věnovala zdravotní a sociální péči o osoby s mentálním postižením v České republice, kde se zaměřuji na terapii a péči o osoby s mentálním postižením, nemocniční péči a sociální péči o tuto cílovou skupinu v České republice a představuji pracoviště, které je stěžejní pro praktickou část práce.

V praktické části práce jsou zpracována data z polostrukturovaných rozhovorů, které jsem sbírala v Domově pro osoby se zdravotním postižením Sulická a na jeho přidružených pracovištích. Tento výzkum jsem se rozhodla dělat zejména proto, že jsem si za dobu své praxe několikrát všimla, že přístup zdravotníků vůči osobám s mentálním postižením je na špatné úrovni. Vždy jsem se zajímala o osoby, o kterých se ve společnosti příliš nemluví či které společnost vyčleňuje. Poté, co jsem nastoupila do DOZP Sulická jsem si chyb v přístupu k těmto lidem začala všimnout. Ze stran mých spolupracovníků, kteří přicházeli z nemocnic s klienty, jsem vnímala jejich zoufalství, beznaděj a nedůvěru v možnost zlepšení přístupu a vnímavosti zdravotníků ke specifickým potřebám lidí s mentálním postižením. Ani mě během mé praxe v rámci studia mě neminuly podobné situace.

Cílem práce bylo poznat a přiblížit problematiku mentálního postižení a zjistit úroveň přístupu sester a lékařů k pacientům, kteří žijí s tímto postižením, s využitím kvalitativního výzkumu a případně doporučit vhodná opatření, která by mohla vést ke zlepšení komunikace s osobami s mentálním postižením.

Bakalářská práce by mohla být přínosem pro zlepšení přístupu nejen zdravotnického personálu, ale i široké veřejnosti vůči osobám s mentálním postižením. Zjištěná fakta by mohla sloužit jako další doporučení do praxe pro zdravotnický personál i pracovníky v sociálních službách a další doprovázející osoby. Na nejobecnější rovině upozorňuje tato práce na důležitost celé této problematiky.

## 6 Seznam použité literatury

1. BOČKOVÁ, B. Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace. 1. Vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2015. ISBN 978-80-210-7896-3.
2. BOWERS L., BRENNAN G., WINSHIP G., THEODORIDOU CH. Talking with Acutely Psychotic People - Communication Skills for Nurses and Others Spending Time with People Who Are Very Mentally Ill. London: City University, 2009.
3. ČERMÁK, Michal. Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.
4. HELINSKÁ, Michaela. Znalosti sester v komunikaci s pacienty s mentální retardací. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2018. 83 s.
5. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
6. Informace pro postižené. ÚVN [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z:  
[https://uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5247&Itemid=2192&lang=cs](https://uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=5247&Itemid=2192&lang=cs)
7. KELNAROVÁ, Jarmila, Eva MATĚJKOVÁ a Gabriela VOJKOVSKÁ. Speciální pedagogika pro zdravotnické obory. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-273-2.
8. KRHUTOVÁ, Lenka. Sociální práce a lidé se zdravotním postižením. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-290-6.
9. MAREŠOVÁ, Markéta. Integrace a inkluze dětí s mentálním postižením do běžných základních škol pohledem rodičů. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie.

10. MARX, David, VLČEK, František. Akreditační standardy pro nemocnice, 3. vyd. Praha: TIGIS s.r.o., 2013, 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
11. MICHALÍK, Jan a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
12. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4
13. MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
14. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
15. PRATER, Chistopher D. a Robert G. ZYLSTRA. Medical Care of Adults with Mental Retardation [online]. Tennessee, 2006 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2006/0615/p2175.html>. University of Tennessee College of Medicine.
16. Práva a povinnosti pacienta. FN Motol [online]. Praha [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/prava-a-povinnosti-pacienta/>
17. Práva a povinnosti pacientů. VFN v Praze [online]. Praha, 2016 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/prava-a-povinnosti-pacientu/>
18. Práva pacientů. FNKV [online]. Praha [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.fnkv.cz/pro-navstevniky.php>
19. Práva pacientů. Nemocnice Na Bulovce [online]. Praha, 1992 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <http://bulovka.cz/pro-pacienty/prava-pacientu/>
20. Práva pacientů. NMSKB [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.nmskb.cz/files/Prava-pacientu-2014.pdf>
21. PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

22. Rady pacientům. Thomayerova nemocnice [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/rady-pacientum-205/>
23. REGEC, Vojtech a Kateřina KROUPOVÁ. Komunikace a lidé se specifickými potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
24. Registr poskytovatelů sociálních služeb. MPSV [online]. [cit. 2019-05-20]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=66B8927B1744B5062E1FA066BF3484FC.node1?SUBSESSION\\_ID=1558357812351\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=66B8927B1744B5062E1FA066BF3484FC.node1?SUBSESSION_ID=1558357812351_1)
25. RYAN, Donna F. and SCHUCHMAN, John s. Deaf People in Hitler's Europe. Washington: Gallaudet University Press, 2002 [cit. 2019-1-05]. Dostupné z: <https://muse.jhu.edu/book/10367>
26. SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
27. SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
28. SLUŽBY. DOZP Sulická [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: [www.domov-sulicka.cz](http://www.domov-sulicka.cz)
29. SOBEK, Jiří a kol. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. 2. vydání. Praha: Portus Praha o.s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2.
30. SOBEK, J. 2007. Práva lidí s mentálním postižením: příručka pro poskytovatele sociálních služeb. Praha: Portus
31. Šestkrát desatero pro lepší komunikaci. Nemocnice na Homolce [online]. Praha, 2017 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/bezpecna-pece-pro-pacienty/sestkrat-desatero-pro-lepsi-komunikaci/>
32. ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
33. TAYLOR, Ronald L, Steve RICHARDS a Michael P BRADY. Mental retardation: historical perspectives, current practices, and future directions. Boston: Pearson Allyn and Bacon, c2005. ISBN 0-205-35902-7.

34. The Arc [online]. Washington DC, USA, 2018 [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.thearc.org/>
35. Usnesení č. 2/1993 Sb., článek 10. Listina základních práv a svobod. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
36. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením [online]. 2006 [cit. 2019-01-06]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)
37. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7
39. VOČKA, Zbyněk. Příručka pro efektivnější komunikaci zdravotnických pracovníků a osob se zdravotním postižením. Olomouc: Olomoucký kraj, 2012, 20 s. ISBN 978-80-87535-53-0.
40. VOJTÍŠEK, P. Výzkumné metody: a techniky významu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7. Dostupné z: [http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta++-+V%C3%BDzkumn%C3%A9\\_metody.pdf](http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta++-+V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf)
41. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
42. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=>
43. Zákon č. 89/2012 Sb. § 55, Omezení svéprávnosti. Občanský zákoník. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#f4579026>

## **7 Seznam tabulek**

<b>Tab. č. 1 Základní údaje o participantech</b>	<b>31</b>
--	-----------

## **8 Seznam příloh**

**Příloha č. 1: Komunikační pas**

**Příloha č. 2: Přehled trsů**

**Příloha č. 3: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru**









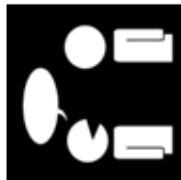


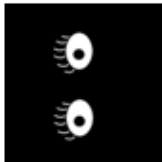
**Příloha č. 4: Rozhovor s participantem PS3**




















## **9 Přílohy**

### **Příloha č. 1: Komunikační pas**

## KOMUNIKAČNÍ PAS JANA Š

Komunikace						
1.	Dobrý den, jmenuji se Jana Š. Oslovujte mě Jani nebo Jano, kontakt zahajujte podáním ruky. Narodila jsem se v roce 1980.		2.	Slovně se nevyjadřuji. Rozumím jednoduchým pokynům, které jsou doplněné gestem. „Pojď!“ „Posaď se!“  	3.	Pokud chci nějakou věc nebo aktivitu, tak Vás k ní dovedu (odvedu Vás do koupelny – chci se koupat). 
Emoce						
4.	Dobrou náladu dávám najevo úsměvem nebo smíchem. 		5.	Nesouhlas a nelibost dávám najevo „houkáním“, pokud něco nechci dělat, můžu si sednout a odmítnout se pohnout. 	6.	Náklonnost vyjadřuji tím, že Vám položím prst na nos. Pak vezmu Vaši ruku a chci, abyste udělali to samé. 
Rizika						
7.	Kvůli snížené schopnosti orientace potřebuju v neznámém prostředí doprovod.  		8.	Nemám chrup. Jím přílohy nakrájené na malé kousky, maso jím mleté. Jídlo se mi špatně polyká. Při jídle na mě proto nespěchejte a po celou dobu mého stravování buďte u mě.  	9.	Špatně vidím. Ráda si dávám předměty hodně blízko k obličejům. I lidi si někdy prohlížím z velké blízkosti. 

<b>Mobilita</b>					
10.	Chodím velmi pomalu, mějte se mnou trpělivost. 	11.	Při chůzi v nerovném terénu nebo při chůzi do schodů jsem nejistá, vyžaduji někdy pomoc a oporu – přidržení za ruku. 	12.	Při využívání dopravních prostředků se potřebuji přidržet při nástupu a výstupu. V dopravním prostředku si potřebuji sednout.  
<b>Sebeobsluha</b>					
13.	Jím lžící. Piji z hrnku, pít si sama neumím nalít.  	14.	Podávám mi jednotlivé kusy oblečení a já si je sama obléknu. Oblečení si sama složím. Ráda nosím ponožky, bez ponožek jsem nespokojná. 	15.	Neumím si zapnout zip, knoflíky a zavázat tkaničky.  
<b>Hygiena</b>					
16.	Inkontinenční pomůcky nevyužívám. Je nutné mě pravidelně na WC doprovázet. Na toaletu mě doprovázejte vždy před jídlem a večer před spaním. 	17.	Při hygieně potřebuji Vaši plnou pomoc.  	18.	Neumím smrkat. Potřebuju, abyste mi utřeli nos. 
<b>Mám ráda</b>					
19.	Mám ráda vodu a ráda chodím do bazény. 	20.	Mám moc ráda jízdu výtahem. Potřebuji pomoc při nástupu a výstupu z výtahu. 	21.	Mám moc ráda svoji rodinu, se kterou trávím celé léto. Jezdíme společně na chatu.  

**Při velmi závažných situacích volejte vedoucí domácnosti:**

**tel.:**

**Autor:** Mgr. Magdaléna Slabá

## **Příloha č. 2: Přehled trsů**

### **1. Neuctivé chování ke klientům**

- neslušné vyjadřování zdravotnického personálu k stavu klienta
- vyjadřování se o klientovi jako o věci
- neverbální vyjadřování negativních pocitů vůči klientovi
- nedostatek empatie

### **2. Infantilizace klientů**

- tykání dospělým klientům
- dětský přístup k dospělým klientům

### **3. Opomíjení klienta v komunikaci**

- doptávání doprovodu na doplňující informace
- vyloučení klienta z komunikace
- vyloučení klienta z podílení se na rozhodování o péči
- zatajování informací o péči

### **4. Nedostatečné ošetření klienta**

- nedostatečné ošetření problému, s kterým klient do zdravotnického zařízení přišel
- spěch při ošetření
- nevěnování klientovi dostatek času
- odsouvání řešení problému
- projevování nedůležitosti ošetření klienta

### **5. Neznalost alternativní komunikace**

- absence pracovníka zabývající se alternativní komunikací
- neznalost komunikačních pasů
- neochota personálu využívat komunikační pasy
- nerespektování speciálních potřeb klienta

### **Příloha č. 3: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru**

1. Jaký je dle Vás přístup zdravotnického personálu vůči osobám s mentálním postižením?
2. Vzpomenete si na nějakou konkrétní situaci, kdy jste doprovázela klienta do zdravotnického zařízení? Můžete uvést dobrou či špatnou zkušenost.
3. Vzpomenete si, jak klienty personál oslovoval?
4. Měli na vás a na vyšetření klienta dostatek času?
5. Pokud ne, utrpělo na nedostatku času i ošetření klienta?
6. Liší se přístup zdravotnického personálu v závislosti na stupni postižení či schopnosti komunikace klienta?
7. Vnímáte rozdíl v přístupu sester a lékařů vůči klientům?
8. Setkala jste se s tím, že by byl v nemocnici pracovník, který by se zabýval alternativní komunikací a pomáhal s komunikací s těmito klienty?
9. Kdybyste měla něco doporučit zdravotníkům, na čem by v přístupu ke klientům měli zapracovat, co byste jim doporučila?

#### **Příloha č. 4: Rozhovor s participantem PS3**

Jaký je dle Vás přístup zdravotnického personálu vůči osobám s mentálním postižením?

*„Je to rozdílné i v souvislosti s nemocnicí, záleží na stupni mentálního postižení toho klienta a jeho komunikačních dovednostech, jak je na klientovi znatelné to postižení. Nikdy se nikdo z toho personálu, jak sestry, tak lékaři, neobrací na toho klienta přímo ale hovoří vždycky jenom s námi a ten klient je někde v ústraní a nic s nimi neřeší.“*

Vzpomenete si na nějakou konkrétní situaci, kdy jste doprovázela klienta do zdravotnického zařízení? Můžete uvést dobrou či špatnou zkušenost.

*„Většinou jsou to negativní zkušenosti. Přišli jsme k lékaři s člověkem s Downovým syndromem a lékař se ptal: „Jé, kolik mu je, to ještě žije? My jsme se ve škole učili že tyhle lidi se dožívají 30 let.“ Tak to už člověka ve dveřích zarazí. Nebo většinou už mají rovnou ten předpoklad, že je to agresivní člověk, takže hned nám říkají: „Držte si to, vemte si to“, mluví o těch lidech většinou jako o věci, ne jako o člověku. To je hodně šokující. Jedinou dobrou zkušenost s lékařem mám tady s naší psycholožkou, jinak jako z nemocnice si na dobrou zkušenost asi nevzpomenu. Vlastně kolikrát se nám i stalo, že zjistili klientovi žloutenku a ani nás nepřevezli sanitkou, řekli nám „jed'te si sockou, dojed'te si na Bulovku na infekční“ a tak, odbydou nás, že u nich nemají místo a ani nám nezajistí sanitku... Většinou když by ten klient měl v nemocnici zůstat, tak po nás vyžadovali doprovod, že „na tohle tady nejsou zařízení“ a mají hodně lidí a nebudou se o ně starat. Těch situací by asi bylo víc. Není to jednoduchý někam jet s člověkem s mentálním postižením, ještě když si sám nedokáže nic říct.“*

A vzpomenete si, jak klienty personál oslovoval? Zda jim například vykal či tykal?

*„S tím, že by tykali či vykali jsem se ani nesetkala, jelikož jsem se málokdy setkala s tím, že by hovořili přímo s tím klientem. Že by se ho zeptali, jak se cítí, jak se má, vždy se ptali na všechno rovnou nás.“*

A měli na vás a na vyšetření klienta dostatek času?

*„Většinou bych řekla, že chtějí, aby to bylo rychle za nimi. Vlastně na téhle domácnosti jsou lidé se středně těžkým nebo vyšším mentálním postižením, takže*

*mám někdy takový pocit, že se jich i bojí. Že nevědí, jak s nimi komunikovat, manipulovat, co jim rozumějí, tak mám z toho takový pocit, že z nich mají strach a že chtějí, aby to bylo rychle hotové, proto se ptají i nás, protože komunikovat s nimi by bylo samozřejmě zdlouhavější. Museli by si na to udělat víc času.“*

A utrpělo na tom nedostatku času i ošetření klienta? Nebo stalo se Vám někdy, že by klienta ve zdravotnickém zařízení nedostatečně ošetřili?

*„Jak ti klienti se neumí vyjádřit, kde je to bolí, neumí to ukázat, tak to se nám vlastně stalo nedávno, kdy klientce zrentgenovali jen kotník, protože nemohla došlápnout na nohu a my jsme až odpoledne zjistili, že to bude asi kyčel. Tím, jak ten člověk to neumí popsat, tak asi jako člověk bez mentálního postižení, který se furt dožaduje toho vyšetření, když ho něco bolí, to oni nemůžou, tak ti lékaři udělají jen nějaký základ, co si myslíš a pak už vlastně je to úplně nezajímá, že je něco bolí. Setkala jsem se i s tím názorem lékařů, že mají takový ten pocit, že když ten klient by měl třeba mít rakovinu nebo něco, tak se ani nehrnou do toho, aby to dál vyšetřovali, což se nám tady týká jedné klientky, že si myslí a píšou do zprávy, že má v sobě nějaký útvar, ale už nikdo nenavrhuje další vyšetření, co dát na bolest, jak dlouho tady ten člověk asi bude, jak my s ním máme manipulovat, na co se máme připravit, na co máme připravit jí. Takže to je zase o tom, že my tlačíme na lékaře, aby provedl nějaký zákroky a oni sami tvrdí, že by to nedělali, že by se do toho nehnali.“*

Máte zkušenost, že sestry a lékaři upozorní klienta před výkonem?

*„To se asi snaží, z toho mají strach a nevědí, jak by reagoval, když například odebírají krev či něco obvazují, tak to se zase snaží v klidu, i když je znát ta nervozita v hlase, že kolikrát to ten klient taky vycítí, že to není normální běžná komunikace. Ale to se snaží upozorňovat, aby nedošlo k nějakému střetu či konfliktu, kterého by se báli a neuměli ho vyřešit. Ale většinou žádají i ty pracovníky „pomozte mi, ukažte, přidržte“, že zase vědí, že ten pracovník toho klienta zná a ví, jak s ním komunikovat a připravit ho na ty věci. Kolikrát mám ale pocit, že by to vyšetření ani neproběhlo, kdybychom tam nebyli, třeba jedna klientka se bojí ven, neznámého, takže na rentgenu na ní musíme ležet dvě, rentgenujeme se společně s ní, protože jinak by se to vyšetření neprovedlo.“*

A jak jste již zmiňovala rozdíl v přístupu dle komunikačních schopností klienta, můžete to více rozvést?

*„Určitě je přístup lepší, čím je na tom pacient lépe. Máme tady klienta, který umí říct alespoň že ho něco bolí nebo tak, jinak je tady většina, která vůbec verbálně nekomunikuje, neukáže ani mimikou, že je něco bolí, a je to jen o nějakém pozorování, na které musíte mít dlouhý čas a chápu, že v té nemocnici ho nemají. Samozřejmě že klienti z Murgašovy dokážou popsat daleko víc věcí. A pak také chápu, když se naši klienti chovají agresivně, protože je něco bolí a my nevíme co. Asi i ty lékaři nemají dobré zkušenosti s některými klienty, takže tomu taky rozumím, že si drží nějaký odstup.“*

Vnímáte rozdíl v přístupu sester a lékařů vůči klientům?

*„Řekla bych, že lékaři se snaží víc. Snaží se klidněji i vhodněji komunikovat, ty sestry mají spíš takový přístup „jéžiš, tenhle ten, co tady dělá, jéžiš, to je zase dneska den“. Vidím, že je to prudí, že už to chtějí mít za sebou, zato ten lékař se snaží klidným tónem, i když teda moc nekomunikují s tím klientem, tak se aspoň ptají nás, ale ty sestry to je „ježiš, tohleto nechci zase, no tak co s ním budeme dělat, tak si na něj lehněte nebo něco udělejte“ takže vlastně křičí na ty pracovníky, co jsou z toho taky ve stresu, protože nevědí, co mají zrovna dělat, nebo jak to udělat, aby to bylo pro toho klienta nejlepší. Spíš bych si to představovala, kdyby měl člověk tu chvilku říct „tenhle klient má takový problém v komunikaci, jedneje s ním tak a tak“ a dopředu jim o tom klientovi něco říct, že už by tam člověk třeba chodil častěji. Podle mě mají v tom zdravotnictví spoustu předsudků, jen nějaký ten zdravotnický úhel pohledu a pak je to asi jen o tom, že se učili ve škole, že lidé s Downovým syndromem se dožívají 30 let tak co tady tenhle dělá, když mu je 80? To se vymyká zdravotnické příručce... Musím fakt říct, že záleží na nemocnici. Určitě nemám dobrou zkušenost v nejmenované nemocnici, kde by nás měli nejvíce znát, protože tam spádově patříme a jsme tam dost často a třeba zase v jiné nemocnici v Praze, tam byl skvělý lékař, ačkoliv mu klient nerozuměl, tak mu tam řekl všechno, všechno, co mu bude dělat a taky je fakt, že tam to přijal úplně v klidu na rozdíl od té první zmiňované nemocnice, protože s tím klientem a s tím stejným problémem jsme byli v obou nemocnicích. Určitě ten klient nerozuměl všemu, ale jen už to že na něj mluvil a s klidem a*



vysvětloval, co bude dělat, tak ten klient byl daleko klidnější, snesl to, zato v té první nemocnici to nesl. Tam to bylo honem, hned, hrozně uspěchané... Taky u toho přístupu záleží na věku a pohlaví toho zdravotníka. Mladší lékaři a zejména muži byli o dost příjemnější, klidnější a uměli spíše k tomu klientovi přistupovat. Ženy lékařky jsou hektičtější a musejí toho víc stihnout a zvládnout, což se týká i těch sester, já tomu jako rozumím, je jich málo, je fofr, každý něco chce, každý otravuje, oni jsou první na ráně. Rozumím tomu. Ale to nepomůže ani nám, ani tomu klientovi. Ve finále to nepomůže ani jim, protože se tam zasekneme, něco se stane, nemůžeme být vyšetřeni, musíme jet znovu, pod narkózu. A co se týče věku sester, ty mladší sestry jsou možná ze začátku milejší, ale jak to tam vidí u těch starších, tak pak dopadají stejně. Já nevím, jak to máte třeba na těch praxích, jestli máte praxe u lidí s mentálním postižením, ale asi je málo znají a je pak poznat rozdíl, když se s tím už někdo setkal a ví, jak na ty lidi má reagovat. Ale všeobecně když vidím starou sestru, tak už se obávám. Což vlastně teď jsme byli jen na zubním a ta sestra byla tak nekompromisní, ještě tak nešetrně zavřela dveře, jakože teď tam prostě nemůžeme, že klient spadl na zem a rozčílil se tam pak. Ale vše je to o lidech, jak to má každý nastavené.“

Setkala jste se s tím, že by byl v nemocnici pracovník, který by se zabýval alternativní komunikací a pomáhal s komunikací s těmito klienty?

„Ne. Co znám z vyprávění kolegyně, tak ležela současně na dětském oddělení, kde byla naše klientka, kterou znala, tak se tam za ní šla podívat na návštěvu, a prý ležela zatažená za plentou, zdravotní sestry tam na ní řvaly, té kolegyni říkali, ať za ní nechodí, že od ní něco může chytit, ta holka tam byla úplně izolovaná, zatažená, od všech odříznutá, nechtěli tam pustit nikoho, že by mohli něco chytnout. Nemají to jednoduchý v těch nemocnicích ti klienti.“

Kdybyste měla něco doporučit zdravotníkům, na čem by v tom přístupu měli zapracovat, co byste jim doporučila?

„Já si fakt myslím, že by ty lidi měli poznat a že by se měli dojít podívat aspoň na týden k těm lidem, aby viděli, že se jich nemusí bát, jaká mají specifika, protože i já, když jsem studovala, tak v těch knížkách všechny nahází do nějakých třech škatulek, jak se chovají, jakou mají inteligenci, že tohle umí a neumí. Měli by prostě vědět, že se jich nemusí bát, že se jich můžou ptát, buď odpoví nebo

neodpoví. Je velmi důležitý jim říkat, co se bude dít. Oni tomu na jednu stranu rozumí, rozumí klidnému tónu té komunikace, nic hektického, když už by věděli, že tam přijde takový člověk, udělat si na něj trochu víc času. Ani my sami to nedokážeme specifikovat, když klientům něco je, víme, že jim něco je ale nevíme, kde je to bolí. Taky jsem se setkala, že lékař řekl, že mají snížený práh bolesti, tak stačí Ibalgin. To se nám stalo s klientem, klient měl jít na operaci kyčle, měl sesunutou kyčel, neustále kulhal, každý jiný člověk už by dávno na té operaci byl. A lékař mi řekl: „Podívejte se, on to má sesunutý, to je na operaci, ale oni mají snížený práh bolesti, tak mu dejte Ibalgin.“ Pak jsme tam teda stejně skončili, ale to už jsme museli být nekompromisní, že prostě na tu operaci půjde a hotovo. Akorát jsme mu prodloužili to trápení. Pak zase po té operaci nedostal rehabilitace, a to byl malý kluk, ještě k tomu neštěstí. Malý dítě. Hrozný. Takže člověk bojuje za ně nutně. Kolikrát se nevhodně chovají i k nám. Někdy líp berou, když s těmi klienty jezdí opatrovníci než my. Zvláště, když je opatrovníci klienta třeba jeho matka, tak na to líp slyší ti doktoři, než když přijede pracovník z Domova. Nás někdy odbydou, že tomu nerozumíme, něco tam napíšou a pošlou nás domů. Kolikrát taky po nás chtějí anamnézu s historií pacienta, co prodělal za nemoci či co bere za léky a my kolikrát nevíme. Proto bojujeme za to, aby s klienty jezdili zdravotní sestry tady z Domova, ale marně. My jediný, co jsme schopni, tak vedeme evidenci epileptických záchvatů, to jim můžeme dodat, ale hodně se ptají na otázky, které nejsme schopni zodpovědět. Často se jim dává jen překladová zpráva, kde není anamnéza vypsána, nebo naopak když jedeme s velkými deskami se štosem papírů, tak potom jsou ti lékaři naštvaní, že v tom musí hrabat a hledat, co potřebuje. Takže je rozčilený, a ještě tam přijedeme my, co ty informace nevíme, takže on ztrácí čas, protože já mu to neřeknu, já nemám ty informace. To se stává dost často... Také by se měli ke klientům chovat adekvátně k věku, oni si myslí, že když se k nim budou chovat dětinsky, mile a přívětivě, že dosáhnou snadněji toho, že ten klient bude poslouchat a splní jim všechny ty věci, které oni po něm chtějí. A možná se i bojí, aby nebyl nějaký agresivnější, tak někdy tak pomalu našlapují. To je zase ono, jak nemají zkušenosti s těmi lidmi, ve škole se učili, že „když má střední mentální retardaci, tak má vývojové období 1-2 roky, tak já se tak k němu budu chovat, tak jsem se to naučila ve škole“. I když tomu

*klientovi je 50. Ale to jim zase člověk nemůže mít za zlý, když oni nemají tu praxi. Měli by si to určitě vyzkoušet a vycvičit se v tom sociálním citění... Jednou jsme měli klienta týden hospitalizovaného, museli jsme tam s ním být, protože nám řekli, že ho tam prostě nepřijmou, když tam nikdo z nás nebude, protože to byl klient se středně těžkým mentálním postižením a on je takový živý a akční, takže jsme tam s ním museli být my, nechtěli ani abychom opouštěli pokoj, aby nikde nechodil a neukazoval se. K tomu byl trochu hlučnější, tak aby neobtěžoval všechny okolo, tak pro nás to bylo hodně náročné ho udržet na tom pokoji... Jeden klient nám ležel na infekčním oddělení v jedné nemocnici a tam ho sestra pacientům na pokoji uvedla jako „vedu vám tady tohle“, jak kdyby tam nevedla člověka, ale nějakou věc. Jinak většinou máme jednolůžkový pokoj nebo pokoj sami pro sebe co nejdéle to jde. Já si ani nedovedu představit, co to pro ty klienty znamená. Třeba ta klientka s tou rakovinou, ta byla hospitalizována, zrovna byl zákaz návštěv, takže jsme tam ani nemohli, pak jsme se dozvěděli, že tam ležela někde na chodbě, protože nebylo ani místo na pokoji a teď ten člověk neví, nikdo s ním nekomunikuje, nikdo mu nic neřekne. Ta klientka přijela, plakala a kdykoliv se tam měla vrátit, tak byla hysterická a držela se, že tam nepůjde. Protože člověk s mentálním postižením se najednou ocitne někde jinde, lidi nezná, leží někde na chodbě, kolem chodí cizí lidi, to musí být něco strašného. My teda s nimi posíláme ty komunikační pasy, kde je vyspecifikováno, jak ten klient komunikuje, co má za problémy, čeho se bojí, rizika, otázkou je, jestli je vůbec nějak využívají, ale ještě jsme nějak nikdy nedostali zpětnou vazbu, jestli jim to k něčemu bylo, jestli jim to pomohlo v té péči.“*

Děkuji mockrát za rozhovor.